



Скарга на дискримінацію у сфері зайнятості за участю федерального підрядника або субпідрядника

Тільки для використання OFCCP: Номер попереднього запиту:

OMB: 1250-0002

Термін дії: 30.06.2026 Перед заповненням цієї форми ознайомтеся з наведеними нижче інструкціями.

Інструкції

Ви можете подати скаргу до OFCCP, якщо вважаєте, що зазнали дискримінації на роботі або при подачі заяви на працевлаштування від компанії яка веде бізнес з федеральним урядом через вашу расу, колір шкіри, релігію, стать, сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, національне походження, інвалідність, статус ветерана, або за запитання, обговорення або розкриття вашої заробітної плати або заробітної плати інших осіб. Ви також можете подати скаргу до OFCCP, якщо ви вважаєте, що роботодавець помстився або іншим чином вжив проти вас негативних заходів щодо вашого працевлаштування, оскільки ви подали скаргу, виступали проти дій або практик, визнаних органами OFCCP незаконними, або допомагали або брали участь в оцінці відповідності або розслідуванні скарги, або якщо ви вважаєте, що компанія, яка веде бізнес з федеральним урядом, порушує інші зобов'язання підрядника OFCCP. Вам не потрібно знати з упевненістю, що роботодавець є федеральним підрядником або субпідрядником, щоб подати скаргу. Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога, зверніться до довідкової служби OFCCP за номером 1-800-397-6251.

Кінцеві терміни подання скарги

Якщо ви не подасте скаргу на дискримінацію протягом зазначених нижче строків, ви втратите свої права на проходження OFCCP.

Скарги, пов'язані з вашою расою, кольором шкіри, релігією, статтю, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю або національним походженням, повинні бути подані до OFCCP протягом **180 днів** після дій, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

Скарги на дискримінацію за обговорення, розкриття або запит щодо заробітної плати повинні бути подані до OFCCP протягом **180 днів** після дій, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

Скарги, що ґрунтуються на вашій інвалідності або статусі ветерана, повинні бути подані до OFCCP протягом **300 днів** після дій, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

Заповнення цієї форми

Роздрукуйте або введіть інформацію в форму. Якщо вам потрібно більше місця для опису того, що з вами сталося, використовуйте окремий аркуш паперу. Не забудьте прикріпити аркуш паперу до форми. **Ваш підпис на формі скарги обов'язковий, і якщо його немає на формі, коли ви її надсилаєте, ми попросимо вас підписати її.** Якщо ви уповноважили іншу особу подати скаргу від вашого імені, на бланку скарги потрібен підпис вашого представника. Якщо ви подаєте скаргу на дискримінацію через ваш статус ветерана, ми попросимо вас надати свідоцтво про звільнення з активної служби (також відоме як форма DD 214).

Як і де подати скаргу?

Щоб подати скаргу до OFCCP, заповніть усі розділи цієї форми, якщо вони не позначені як необов'язкові. Якщо ви не знаєте відповіді на запитання, напишіть "невідомо". Якщо питання не актуальне, напишіть "Н/А".

Якщо ви заповнюєте форму онлайн, заповніть поля та натисніть "Надіслати". Якщо ви не заповнюєте її онлайн, надішліть заповнену форму до OFCCP поштою, факсом або електронною поштою. Надішліть форму до регіонального офісу OFCCP, який охоплює штат, де відбулися події. Ви також можете

подати заяву особисто в офісі OFCCP. Перелік регіональних офісів та штатів, які охоплює кожен офіс, можна знайти на [веб-сайті OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeypr.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeypr.htm>).

Заповнюючи цю форму, ви подаєте скаргу на дискримінацію на роботі, стверджуючи, що роботодавець дискримінував вас. За законом ми зобов'язані повідомити роботодавця про скаргу.

Ви подавали попередній запит до OFCCP?

Так Ні

Примітка: Якщо у вас є більше 60 днів, щоб подати своєчасну скаргу, ми рекомендуємо вам подати попередній запит до подання скарги. OFCCP розгляне ваш запит, щоб визначити, чи є OFCCP відповідним федеральним агентством для вирішення цього питання.

Як ми можемо зв'язатися з вами?

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище): _____

Адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефону: _____ E-mail: _____

У вас є представник? (необов'язково)

Якщо вас представляє адвокат, інша особа або організація, надайте їх контактну інформацію:

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище): _____

Адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефону: _____ E-mail: _____

До кого нам звернутися, якщо нам потрібна додаткова інформація? Ви Ваш представник

Як звати роботодавця, який, на вашу думку, дискримінував вас?

Ім'я роботодавця: _____

Адреса: _____

Місто: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефону: _____

Контактне ім'я відділу кадрів (необов'язково): _____ E-mail (необов'язково): _____

Це те саме місце, де сталася дискримінація? Так Ні

Якщо ні, то де це сталося? _____

Укажіть дати, коли, на вашу думку, ви зазнали дискримінації або помсти.

Дата (-ти): _____

За якою ознакою, на вашу думку, роботодавець дискримінував вас?

Позначте всі варіанти, що підходять:

- | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Раса | <input type="checkbox"/> Сексуальна орієнтація | <input type="checkbox"/> Інше: _____ | <input type="checkbox"/> Помста |
| <input type="checkbox"/> Національне походження | <input type="checkbox"/> Гендерна ідентичність | | <input type="checkbox"/> Подання скарги на дискримінацію |
| <input type="checkbox"/> Колір шкіри | <input type="checkbox"/> Статус ветерана | | <input type="checkbox"/> Звернення до державного органу зі скаргами на дискримінацію |
| <input type="checkbox"/> Релігія | <input type="checkbox"/> Інвалідність | | <input type="checkbox"/> Скарги роботодавцю на дискримінацію |
| <input type="checkbox"/> Стать (включаючи вагітність) | <input type="checkbox"/> Обговорення оплати | | <input type="checkbox"/> Участь у розслідуванні OFCCP |
| | <input type="checkbox"/> Запит щодо оплати | | <input type="checkbox"/> Участь у розгляді чужої скарги щодо дискримінації на роботі |
| | <input type="checkbox"/> Розкриття інформації про оплату | | <input type="checkbox"/> Інше: _____ |

Чи подавали ви цю заяву про дискримінацію у сфері зайнятості до іншого федерального або місцевого органу (наприклад, Комісії з рівних можливостей у сфері зайнятості або місцевої Комісії або Комісії штату з питань справедливої зайнятості та прав людини)?

Так Ні Я не впевнений(-на)

Якщо так, то до якого органу? _____

Коли ви подали заяву? _____

Контактна особа органу: _____

Номер телефону: _____

E-mail: _____

Номер справи (якщо відомо): _____

Розкажіть нам, що сталося

Опишіть нижче, що, на вашу думку, роботодавець зробив або не зробив, що, як ви вважаєте, спричинило дискримінацію або помсту, зокрема:

1. Чому ви вважаєте, що ці дії ґрунтувалися на вашій: расі; кольорі шкіри; релігії; статі; сексуальній орієнтації; гендерній ідентичності; національному походженні; інвалідності; статусі ветерана; та/або запитах, обговореннях або розкритті вашої заробітної плати або заробітної плати інших осіб; та/або у відплату за подання скарги, участь у провадженні щодо дискримінації, протидію незаконній дискримінації або здійснення будь-яких інших прав, захищених OFCCP.
2. Коли (в які дати) відбулися дії роботодавця, де вони відбулися та хто був залучений.
3. Якої шкоди, якщо така була, ви або інші зазнали через дії роботодавця.
4. Яке пояснення своїх дій надав роботодавець або особи, які представляють роботодавця, якщо такі є.
5. Хто опинився в такій самій або подібній ситуації, як і ви, і як з ними поводитися. Включіть таку інформацію, як раса, колір шкіри, релігія, стать, сексуальна орієнтація, гендерна ідентичність, національне походження, інвалідність або статус ветерана цих осіб, якщо він відомий.
6. Яку інформацію ви маєте про федеральні контракти, які компанія мала на момент подій, які ви описуєте в цій скарзі.

Підпис і завірення

Я заявляю під страхом покарання за дачу неправдивих свідчень, що наведена вище інформація є правдивою та правильною, наскільки мені відомо. Цим я дозволяю розголошення будь-якої медичної інформації, необхідної для цього дослідження.

Підпис: _____ Дата: _____

Заява про конфіденційність

Збір інформації за допомогою цієї форми дозволяється юридичними органами OFCCP, а також розділом VII Закону про громадянські права 1964 року (розділ VII) зі змінами та розділом I Закону про американців з інвалідністю 1990 року (ADA) зі змінами, який застосовує Комісія з рівних можливостей у сфері зайнятості США (EEOC). OFCCP використовує цю інформацію для розгляду скарг та проведення розслідувань передбачуваних порушень цих законів про дискримінацію у сфері зайнятості. OFCCP надасть копію цієї скарги роботодавцю, проти якого вона подана. OFCCP також може направити цю скаргу до інших відомств, які можуть мати юрисдикцію, та надати копію скарги до відомства, яке може мати юрисдикцію. Зібрана інформація може бути: 1) перевірена з іншими особами, які можуть мати знання, що мають відношення до скарги; 2) використана в переговорах про врегулювання з роботодавцем або в ході представлення доказів на слуханні; або 3) розкрита іншим органам, які мають юрисдикцію щодо скарги.

Надання цієї інформації є добровільним; однак ненадання інформації може затримати або перешкодити OFCCP розслідувати вашу скаргу та, з питань, що охоплюються Розділом VII або ADA, може вплинути на ваше право подати позов відповідно до цих законів.

Заява про громадський тягар

Орієнтовний час для заповнення цієї форми становить 1 годину, включаючи час для перегляду інструкцій, заповнення форми та її надсилання до OFCCP. Зверніть увагу, що ви не зобов'язані відповідати на цей збір інформації, якщо він не відображає поточний дійсний контрольний номер OMB.

Якщо у вас є зауваження щодо розрахункового тягара або будь-якого іншого аспекту цієї форми скарги, включаючи пропозиції щодо зменшення тягара, надішліть їх до Відділу політики OFCCP (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Будь ласка, не надсилайте заповнену форму скарги на цю адресу.**