

استفسار ما قبل الشكوى عن التمييز في التوظيف الذي يشمل مقاولا فيدراليا أو مقاولا من الباطن



اقرأ التعليمات أدناه قبل إكمال هذا النموذج.
إن تقديم هذا النموذج إلى OFCCP يختلف عن تقديم شكوى.

OMB: 1250-0002
صالح إلى غاية: 2026/30/06

تعليمات

من غير القانوني للشركات التي تتعامل مع الحكومة الفيدرالية أن تمارس التمييز ضدك على أساس العرق، اللون، الدين، الجنس، التوجه الجنسي، الهوية الجنسية، الأصل القومي، الإعاقة، أو حالة المحاربين القدامى المحمية، أو لأنك سألت عن راتبك، أو كشفت عنه، أو ناقشته. بالإضافة إلى ذلك، من غير القانوني لهذه الشركات أن تنتقم منك أو تتخذ إجراءات توظيف سلبية ضدك بسبب استفسارك أو شكواك، أو لأنك عارضت الأفعال أو الممارسات التي تعتبرها سلطات المكتب غير قانونية، أو لأنك ساعدت أو شاركت في تقييم الامتثال أو التحقيق في الشكوى.

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز في التوظيف أو أنك تواجه مشكلات فيما يتعلق بطلب العمل من قبل شركة تتعامل مع الحكومة الفيدرالية بسبب العرق، اللون، الدين، الجنس، التوجه الجنسي، الهوية الجنسية، الأصل القومي، الإعاقة، أو الحالة كمحارب قديم محمي، أو إذا كنت ترغب في طرح أسئلة حول التعويض أو الاستفسارات الأخرى، يمكنك الاتصال بمكتب إنفاذ تنظيم تعاقدات الحكومة الفيدرالية (OFCCP).

يمكنك أيضا الاتصال بـ OFCCP إذا كنت تعتقد أن صاحب العمل قد انتقم منك أو اتخذ إجراءات سلبية ضدك بسبب استفسارك أو شكواك السابقة، أو إذا كنت تعارض الأفعال أو الممارسات التي تعتبرها OFCCP غير قانونية، أو إذا كنت قد ساعدت أو شاركت في تقييم الامتثال أو التحقيق في الشكوى، أو إذا كنت تعتقد أن الشركة التي تتعامل مع الحكومة الفيدرالية تنتهك التزامات مقاول OFCCP الأخرى.

لا يلزمك معرفة مؤكدة بأن صاحب العمل هو مقاول فيدرالي أو مقاول من الباطن للاتصال بـ OFCCP أو لطرح استفسار قبل تقديم الشكوى. يمكن لـ OFCCP توفير معلومات حول حقوقك في مكان العمل والحماية المتاحة لك للإبلاغ عن قرارك بتقديم شكوى إلى OFCCP.

حتى يتمكن OFCCP من مساعدتك، يرجى إكمال المعلومات أدناه. سيقوم OFCCP بمراجعة استفسارك لتحديد ما إذا كان OFCCP هو الوكالة الفيدرالية المناسبة للتعامل مع هذه المسألة. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بمكتب مساعدة OFCCP على الرقم 1-800-397-6251.

مواعيد نهائية مهمة

لا يشكل تقديم نموذج الاستفسار هذا إلى OFCCP تقديم شكوى. إذا لم تقدم شكوى من التمييز في غضون المهل الزمنية المذكورة أدناه، فسوف تفقد حقوقك في المتابعة من خلال OFCCP. لا يؤدي تقديم نموذج الاستفسار هذا إلى تمديد فترة تقديم الشكوى. إذا كان لديك 60 يوما أو أقل لتقديم شكوى في الوقت المناسب، فقم بزيارة موقع OFCCP للحصول على تعليمات خاصة (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).

يجب تقديم الشكاوى المستندة إلى العرق أو اللون أو الدين أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الهوية الجنسية أو الأصل القومي إلى OFCCP في غضون 180 يوما من الإجراء (الإجراءات) الذي اتخذته صاحب العمل والذي تعتقد أنه كان إما تمييزا أو انتقاما.

يجب تقديم الشكاوى التي تدعي التمييز بسبب مناقشة الأجور أو الكشف عنها أو الاستفسار عنها إلى OFCCP في غضون 180 يوما من الإجراء (الإجراءات) الذي اتخذته صاحب العمل والذي تعتقد أنه إما تمييز أو انتقام.

يجب تقديم الشكاوى بناء على إعاقتك أو حالتك كمحارب قديم محمي إلى OFCCP في غضون 300 يوم من الإجراء (الإجراءات) الذي اتخذته صاحب العمل والذي تعتقد أنه إما تمييز أو انتقام.

كيف وأين يمكنني تقديم استفسار ما قبل الشكوى؟

لتقديم استفسار ما قبل الشكوى، أكمل جميع الأقسام في هذا النموذج. إذا كنت لا تعرف إجابة سؤال، فاكتب "غير معروف". إذا كان السؤال غير قابل للتطبيق، فاكتب "N/A".

إذا كنت ترسل عبر الإنترنت، فاملأ الأماكن المخصصة لذلك ثم انقر على إرسال. إذا كنت لا ترسل عبر الإنترنت، فأرسل النموذج المكتمل إلى OFCCP عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. أرسل النموذج إلى المكتب الإقليمي لـ OFCCP الذي يغطي الولاية التي وقعت فيها الأحداث. يمكنك أيضا إكمال النموذج شخصيا في مكتب OFCCP. ويمكن الاطلاع على قائمة بالمكاتب الإقليمية والولايات التي يغطيها كل مكتب على الموقع الشبكي لمكتب مراقبة المخدرات ومنع الجريمة: (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

كيف يمكننا التواصل معك؟

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

بمن يمكننا الاتصال إذا لم نتمكن من التواصل معك؟

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

إذا كان يمثلك محام أو شخص آخر أو منظمة، فقدم معلومات الاتصال الخاصة بهم:

الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

أعط آخر تاريخ تعتقد أنك تعرضت فيه للتمييز أو الانتقام.

التاريخ: _____

هل تعتقد أن التمييز يشمل الآخرين أو يؤثر عليهم؟

نعم لا لست متأكد

ما هو اسم صاحب العمل الذي تعتقد أنه مارس التمييز ضدك؟

اسم المشغل: _____
عنوان الشارع: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
رقم الهاتف: _____

هل هذا هو نفس المكان الذي حدث فيه التمييز؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة ب لا، فأين حدث التمييز؟ _____

على أي أساس تعتقد أن صاحب العمل مارس التمييز ضدك؟

حدد كل ما ينطبق عليه الأمر:

- الانتقام
تقديم شكوى تمييز
الاتصال بوكالة حكومية للشكوى ضد التمييز
تقديم شكوى إلى صاحب العمل بشأن التمييز
المشاركة في تحقيق OFCCP
المشاركة في شكوى شخص آخر بشأن التمييز
الوظيفي
آخر: _____
- العرق الجنس (بما في ذلك الحمل) مناقشة الأجور
الأصل الميل الجنسي الاستفسار حول الأجور
اللون الهوية الجنسية الكشف عن الأجور
الدين حالة المحاربين القدامى المحميين آخر: _____
الإعاقة

هذا الاستفسار قبل الشكوى ليس شكوى تمييز

ما هي ممارسة التوظيف التي تعتقد أنها تمييزية؟

- الإحالة عدم توفير الترتيبات والتسهيلات المعقولة التفريغ أو الطرد أو التسريح
- طلب أو الكشف عن المعلومات الطبية للموظفين للإعاقات أو المعتقد الديني أو الشعائر أو الممارسات
- التحرش (بما في ذلك السلوك اللفظي أو الجسدي غير المقبول)
- السلوك الذي قد يثني شخصا ما بشكل معقول المزايا
- معارضة التمييز أو توجيه تهمة أو المشاركة في تحقيق أو إجراء التدريب الوظيفي
- التوظيف أو الترقية التعيين
- آخر _____ : التصنيف
- الأجر (الأجور أو التعويضات غير المتساوية)

هل قدمت هذا الادعاء بالتمييز في التوظيف إلى وكالة فيدرالية أو محلية أخرى (على سبيل المثال، لجنة تكافؤ فرص العمل أو لجنة التوظيف العادل أو لجنة حقوق الإنسان الحكومية أو المحلية)؟

نعم لا لست متأكد

إذا كانت الإجابة بنعم، أي وكالة؟

متى قمت بالتقديم؟

اسم الوكالة: _____ رقم الهاتف: _____

البريد الإلكتروني: _____ رقم الحالة (إذا كان معروف): _____

كيف علمت أنه يمكنك طلب المساعدة من OFCCP؟

إنترنت ملصق مؤسسة مجتمعية اجتماع/حدث OFCCP كتيب آخر _____ :

بيان قانون الخصوصية

إن جمع المعلومات التي تستخدم هذا النموذج مصرح بها من قبل السلطات القانونية التي يفرضها OFCCP وكذلك بموجب الباب السابع من قانون الحقوق المدنية لعام 1964 (الباب السابع)، بصيغته المعدلة، والباب الأول من قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة لعام 1990 (ADA)، بصيغته المعدلة، والتي تفرضها لجنة تكافؤ فرص العمل الأمريكية (EEOC). يستخدم OFCCP هذه المعلومات لمساعدتك في تحديد ما إذا كان OFCCP هو الوكالة المناسبة للتحقيق في شكوكك. إن تقديم هذه المعلومات إلى OFCCP يختلف عن تقديم شكوى. إذا لم تقدم شكوى من التمييز في غضون الحدود الزمنية الموضحة أعلاه، فستفقد حقوقك في المتابعة من خلال OFCCP. قد يتم الكشف عن المعلومات التي تم جمعها لوكالات أخرى قد يكون لها اختصاص قضائي على ادعاءاتك مثل EEOC.

تقديم هذه المعلومات طوعي. ومع ذلك، فإن عدم تقديم المعلومات قد يؤخر أو يمنع OFCCP من مساعدتك في تقديم شكوكك.

بيان الأعباء العام

الوقت المقدر لملء هذا النموذج هو 15 دقيقة، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات وملء النموذج وإرساله إلى OFCCP. يرجى الأخذ بعين الاعتبار أنك لست مطالباً بالرد على هذه المجموعة من المعلومات ما لم يتم توفير رقم تحكم OMB صالحاً حالياً. إذا كانت لديك تعليقات بخصوص العبء المقدر أو أي جانب آخر من نموذج هذا الاستفسار قبل الشكوى، بما في ذلك اقتراحات لتخفيف ال، فأرسلها إلى قسم سياسة 200 Constitution Avenue, NW, Room C3325, OFCCP (1250-0002)، واشنطن العاصمة 20210. يرجى عدم إرسال نموذج الاستفسار المكتمل إلى هذا العنوان قبل الشكوى.

هذا الاستفسار قبل الشكوى ليس شكوى تمييز