



## Enquête préalable à la plainte pour discrimination en matière d'emploi impliquant un contractant ou un sous-traitant fédéral

OMB : 1250-0002

Expiration : 06/30/2026

Lisez les instructions ci-dessous avant de remplir ce formulaire.

**L'envoi de ce formulaire à l'OFCCP n'équivaut pas à un dépôt de plainte.**

### Instructions

Il est illégal pour les entreprises qui travaillent avec le gouvernement fédéral d'exercer une discrimination à votre encontre en raison de votre race, de votre couleur, de votre religion, de votre sexe, de votre orientation sexuelle, de votre identité de genre, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre statut d'ancien combattant protégé, ou parce que vous avez posé des questions sur votre rémunération, l'avez révélée ou en avez discuté ou, dans certains cas, sur la rémunération d'autres candidats ou employés. En outre, il est illégal pour ces entreprises d'exercer des représailles ou de prendre des mesures négatives en matière d'emploi à votre encontre parce que vous avez déposé une enquête ou une plainte préalable, que vous vous êtes opposé à des actes ou à des pratiques rendus illégaux par les autorités de l'OFCCP, ou que vous avez aidé ou participé à une évaluation de la conformité ou à une enquête sur une plainte.

Vous pouvez contacter l'OFCCP si vous pensez avoir fait l'objet d'une discrimination en matière d'emploi ou de candidature à un emploi de la part d'une entreprise faisant affaire avec le gouvernement fédéral en raison de votre race, de votre couleur, de votre religion, de votre sexe, de votre orientation sexuelle, de votre identité de genre, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre statut d'ancien combattant protégé, ou pour avoir posé des questions sur votre rémunération ou celle d'autres personnes, pour en avoir discuté ou pour l'avoir divulguée. Vous pouvez également contacter l'OFCCP si vous pensez que l'employeur a exercé des représailles ou pris des mesures négatives à votre encontre parce que vous avez déposé une enquête ou une plainte préalable, que vous vous êtes opposé à des actes ou à des pratiques rendus illégaux par les autorités de l'OFCCP, ou que vous avez aidé ou participé à une évaluation de la conformité ou à une enquête sur une plainte, ou si vous pensez qu'une entreprise faisant affaire avec le gouvernement fédéral enfreint d'autres obligations de l'OFCCP en tant qu'entrepreneur. Il n'est pas nécessaire de savoir avec certitude que l'employeur est un contractant ou un sous-traitant fédéral pour contacter l'OFCCP ou soumettre une enquête préalable à une plainte. L'OFCCP peut vous fournir des informations sur vos droits et protections sur le lieu de travail afin de vous aider à décider si vous devez déposer une plainte auprès de l'OFCCP.

Afin que l'OFCCP puisse vous aider, veuillez compléter les informations ci-dessous. L'OFCCP examinera votre demande afin de déterminer si l'OFCCP est l'agence fédérale appropriée pour traiter la question. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, contactez le service d'assistance de l'OFCCP au 1-800-397-6251.

### Délais importants

**L'envoi de ce formulaire d'enquête à l'OFCCP ne constitue pas un dépôt de plainte. Si vous ne déposez pas de plainte pour discrimination dans les délais indiqués ci-dessous, vous perdrez vos droits de recours auprès de l'OFCCP. L'envoi de ce formulaire de demande de renseignements ne prolonge pas le délai de dépôt d'une plainte. Si vous disposez de 60 jours ou moins pour déposer une plainte dans les délais, consultez le site web de l'OFCCP pour obtenir des [instructions spéciales](http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions) (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).**

Les plaintes fondées sur la race, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'origine nationale doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **180 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

Les plaintes alléguant une discrimination pour avoir discuté, divulgué ou demandé des informations sur la rémunération doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **180 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

Les plaintes fondées sur votre handicap ou votre statut d'ancien combattant protégé doivent être déposées auprès de l'OFCCP dans les **300 jours** suivant la ou les mesures prises par l'employeur que vous considérez comme une discrimination ou des représailles.

### Comment et où puis-je déposer une demande d'information préalable à la plainte ?

Pour soumettre une demande de renseignements préalable à une plainte, remplissez toutes les sections de ce formulaire. Si vous ne connaissez pas la réponse à une question, inscrivez "non connu". Si une question est sans objet, inscrivez "N/A".

Si vous soumettez le formulaire en ligne, remplissez les champs et cliquez sur Submit. Si vous ne soumettez pas votre demande en ligne, envoyez le formulaire complété à l'OFCCP par courrier, par télécopie ou par courrier électronique. Envoyez le formulaire au bureau régional de l'OFCCP qui couvre l'État où les événements se sont produits. Vous pouvez également remplir le formulaire en personne dans un bureau de l'OFCCP. Une liste des bureaux régionaux et des États couverts par chacun d'eux est disponible sur le [site web de l'OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) : (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

**CETTE ENQUÊTE PRÉALABLE À LA PLAINTÉ N'EST PAS UNE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION**

### Comment pouvons-nous vous joindre ?

Nom (Prénom, Moyen, Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Qui pouvons-nous contacter si nous ne parvenons pas à vous joindre ?

Nom (Prénom, Moyen, Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Si vous êtes représenté par un avocat, une autre personne ou une organisation, indiquez leurs coordonnées :**

Nom (Prénom, Moyen, Nom) : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Indiquez la date la plus récente à laquelle vous pensez avoir été victime de discrimination ou de représailles.

Date : \_\_\_\_\_

### Pensez-vous que la discrimination inclut ou affecte d'autres personnes ?

Oui  Non  Je ne suis pas sûr(e)

### Quel est le nom de l'employeur qui, selon vous, vous a discriminé ?

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

S'agit-il du même lieu que celui où la discrimination s'est produite ?  Oui  Non

Si non, où la discrimination s'est-elle produite ? \_\_\_\_\_

### Sur quelle base pensez-vous que l'employeur a fait preuve de discrimination à votre égard ?

**Cochez toutes les cases correspondantes :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Race                          | <input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant protégé            | <input type="checkbox"/> Déposer une plainte pour discrimination                                     |
| <input type="checkbox"/> Origine nationale             | <input type="checkbox"/> Handicap                                      | <input type="checkbox"/> Contacter une agence gouvernementale pour se plaindre d'une discrimination  |
| <input type="checkbox"/> Couleur                       | <input type="checkbox"/> Discuter de la rémunération                   | <input type="checkbox"/> Se plaindre de la discrimination auprès de l'employeur                      |
| <input type="checkbox"/> Religion                      | <input type="checkbox"/> Demande de renseignements sur la rémunération | <input type="checkbox"/> Participer à une enquête de l'OFCCP   |
| <input type="checkbox"/> Sexe (y compris la grossesse) | <input type="checkbox"/> Divulgarion des rémunérations                 | <input type="checkbox"/> Participer à la plainte d'une autre personne pour discrimination au travail |
| <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle          | <input type="checkbox"/> Autre : _____                                 | <input type="checkbox"/> Autre : _____   |
| <input type="checkbox"/> Identité de genre             | <input type="checkbox"/> Représailles                                  |  |

**CETTE ENQUÊTE PRÉALABLE À LA PLAINTÉ N'EST PAS UNE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION**

## Quelle pratique d'emploi pensez-vous avoir été discriminatoire ?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Congédiement, licenciement ou mise à pied                           | <input type="checkbox"/> Absence d'aménagement raisonnable pour un handicap ou une croyance, observance ou pratique religieuse sincère. | <input type="checkbox"/> Demander ou divulguer des informations médicales sur les employés  |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement (y compris un comportement verbal ou physique importun) | <input type="checkbox"/> Avantages  | <input type="checkbox"/> Comportement susceptible de décourager raisonnablement une personne de s'opposer à la discrimination, de porter plainte ou de participer à une enquête ou à une procédure. |
| <input type="checkbox"/> Embauche ou promotion   | <input type="checkbox"/> Formation professionnelle  |   |
| <input type="checkbox"/> Affectation   | <input type="checkbox"/> Classification   |   |
| <input type="checkbox"/> Rémunération (inégalité de salaire ou de compensation)              | <input type="checkbox"/> Renvoi   | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |

## Avez-vous déposé cette allégation de discrimination en matière d'emploi auprès d'une autre agence fédérale ou locale (par exemple, la Commission de l'égalité des chances en matière d'emploi ou la Commission des droits de l'homme ou de l'emploi équitable de l'État ou de la localité) ?

Oui  Non  Je ne suis pas sûr(e)

Si oui, quelle agence ? \_\_\_\_\_

Quand avez-vous déposé votre demande ? \_\_\_\_\_

Nom du contact de l'agence : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier (s'il est connu) : \_\_\_\_\_

## Comment avez-vous appris que vous pouviez demander de l'aide à l'OFCCP ?

Internet  Affiche  Organisation communautaire  Réunion/événement OFCCP  Brochure

Autre : \_\_\_\_\_

## Déclaration relative à la loi sur la protection de la vie privée

La collecte d'informations à l'aide de ce formulaire est autorisée par les autorités légales dont l'OFCCP assure le respect, ainsi que par le titre VII de la loi sur les droits civils de 1964 (Title VII), tel que modifié, et le titre I de la loi sur les Américains handicapés de 1990 (ADA), tel que modifié, dont la Commission américaine pour l'égalité des chances en matière d'emploi (Equal Employment Opportunity Commission - EEOC) assure le respect. L'OFCCP utilise ces informations pour vous aider à déterminer si l'OFCCP est l'agence appropriée pour enquêter sur votre plainte. **Fournir ces informations à l'OFCCP n'équivaut pas à déposer une plainte. Si vous ne déposez pas de plainte pour discrimination dans les délais décrits ci-dessus, vous perdrez vos droits de procéder par l'intermédiaire de l'OFCCP.** Les informations recueillies peuvent être divulguées à d'autres organismes susceptibles d'être compétents en la matière, tels que l'EEOC.

La communication de ces informations est facultative ; toutefois, le fait de ne pas les fournir peut retarder ou empêcher l'OFCCP de vous aider à déposer votre plainte.

**CETTE ENQUÊTE PRÉALABLE À LA PLAINTÉ N'EST PAS UNE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION**

## Déclaration de charge publique

Le temps estimé pour remplir ce formulaire est de 15 minutes, y compris le temps nécessaire pour consulter les instructions, remplir le formulaire et l'envoyer à l'OFCCP. Veuillez noter que vous n'êtes pas tenu de répondre à cette collecte d'informations à moins qu'elle n'affiche un numéro de contrôle OMB valide.

Si vous avez des commentaires concernant la charge estimée ou tout autre aspect de ce formulaire de demande de renseignements préalable à la plainte, y compris des suggestions pour réduire la charge, envoyez-les à l'OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Veillez ne pas envoyer le formulaire d'enquête préalable à la plainte dûment rempli à cette adresse.**

**CETTE ENQUÊTE PRÉALABLE À LA PLAINTÉ N'EST PAS UNE PLAINTÉ POUR DISCRIMINATION**