



Untersuchung im Vorfeld einer Beschwerde wegen Diskriminierung in der Beschäftigung, die einen Bundesauftragnehmer oder Unterauftragnehmer betrifft

OMB: 1250-0002

Läuft ab: 06/30/2026

Lesen Sie die nachstehenden Anweisungen, bevor Sie dieses Formular ausfüllen.

Die Übermittlung dieses Formulars an die OFCCP ist nicht gleichbedeutend mit der Einreichung einer Beschwerde.

Anweisungen

Es ist illegal, dass Unternehmen, die mit der Bundesregierung zusammenarbeiten, Sie aufgrund Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihres Geschlechts, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität, Ihrer nationalen Herkunft, einer Behinderung oder Ihres Status als geschützter Veteran diskriminieren, oder weil Sie nach Ihrer Vergütung oder in bestimmten Fällen nach der Vergütung anderer Bewerber oder Mitarbeiter gefragt oder diese offengelegt oder diskutiert haben. Darüber hinaus ist es für diese Unternehmen illegal, Vergeltungsmaßnahmen zu ergreifen oder anderweitig negative Beschäftigungsmaßnahmen gegen Sie zu ergreifen, weil Sie eine Anfrage oder Beschwerde im Vorfeld einer Beschwerde eingereicht haben, sich gegen Handlungen oder Praktiken gewehrt haben, die von den OFCCP-Behörden als ungesetzlich eingestuft wurden, oder an einer Compliance-Bewertung oder Beschwerdeuntersuchung mitgewirkt haben.

Sie können sich an die OFCCP wenden, wenn Sie der Meinung sind, dass Sie von einem Unternehmen, das mit der Bundesregierung zusammenarbeitet, aufgrund Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihres Geschlechts, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität, Ihrer nationalen Herkunft, einer Behinderung, Ihres Status als geschützter Veteran oder aufgrund von Fragen, Diskussionen oder der Offenlegung Ihrer Vergütung oder der Vergütung anderer Personen bei der Einstellung oder der Bewerbung um eine Stelle diskriminiert wurden. Sie können sich auch an die OFCCP wenden, wenn Sie glauben, dass der Arbeitgeber Vergeltungsmaßnahmen ergriffen oder anderweitig negative Beschäftigungsmaßnahmen gegen Sie ergriffen hat, weil Sie eine Anfrage oder Beschwerde im Vorfeld einer Beschwerde eingereicht haben, sich gegen Handlungen oder Praktiken gewehrt haben, die von den OFCCP-Behörden als rechtswidrig eingestuft wurden, oder wenn Sie der Meinung sind, dass ein Unternehmen, das mit der Bundesregierung Geschäfte macht, gegen andere Verpflichtungen als Auftragnehmer der OFCCP verstößt, oder wenn Sie an einer Beschwerdeuntersuchung mitgewirkt haben. Sie müssen nicht mit Sicherheit wissen, dass es sich bei dem Arbeitgeber um einen Bundesauftragnehmer oder Unterauftragnehmer handelt, um sich an die OFCCP zu wenden oder eine Voranfrage zu stellen. Die OFCCP kann Ihnen Informationen über Ihre Rechte und Ihren Schutz am Arbeitsplatz zur Verfügung stellen, damit Sie entscheiden können, ob Sie eine Beschwerde bei der OFCCP einreichen wollen.

Damit die OFCCP Ihnen helfen kann, füllen Sie bitte die nachstehenden Informationen aus. Die OFCCP wird Ihre Anfrage prüfen, um festzustellen, ob die OFCCP die richtige Bundesbehörde ist, um die Angelegenheit zu bearbeiten. Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe benötigen, wenden Sie sich bitte an den OFCCP-Helpdesk unter 1-800-397-6251.

Wichtige Fristen

Die Übermittlung dieses Anfrageformulars an die OFCCP ist nicht gleichbedeutend mit der Einreichung einer Beschwerde. Wenn Sie nicht innerhalb der unten angegebenen Fristen eine Beschwerde wegen Diskriminierung einreichen, verlieren Sie Ihr Recht auf ein Verfahren vor der OFCCP. Durch die Einreichung dieses Anfrageformulars wird die Frist für die Einreichung einer Beschwerde nicht verlängert. Wenn Sie nur 60 Tage oder weniger Zeit haben, um eine rechtzeitige Beschwerde einzureichen, finden Sie auf der Website der OFCCP [spezielle Anweisungen](http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions) (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).

Beschwerden aufgrund Ihrer Rasse, Hautfarbe, Religion, Ihres Geschlechts, Ihrer sexuellen Orientierung, Ihrer Geschlechtsidentität oder Ihrer nationalen Herkunft müssen innerhalb von **180 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltungsmaßnahme ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Beschwerden wegen angeblicher Diskriminierung aufgrund der Erörterung, Offenlegung oder Erkundigung über das Arbeitsentgelt müssen innerhalb von **180 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltung ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Beschwerden, die auf Ihrer Behinderung oder Ihrem Status als geschützter Veteran beruhen, müssen innerhalb von **300 Tagen** nach der/den Maßnahme(n) des Arbeitgebers, die Sie als Diskriminierung oder Vergeltung ansehen, bei der OFCCP eingereicht werden.

Wie und wo kann ich eine Voranfrage stellen?

Um eine Voranfrage zu stellen, füllen Sie bitte alle Abschnitte dieses Formulars aus. Wenn Sie die Antwort auf eine Frage nicht kennen, schreiben Sie "nicht bekannt". Wenn eine Frage nicht anwendbar ist, schreiben Sie "N/A".

Wenn Sie das Formular online einreichen, füllen Sie die Felder aus und klicken Sie auf Senden. Wenn Sie die Meldung nicht online einreichen, senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an OFCCP. Schicken Sie das Formular an das OFCCP-Regionalbüro, das für den Bundesstaat zuständig ist, in dem die Ereignisse stattgefunden haben. Sie können das Formular auch persönlich in einem OFCCP-Büro ausfüllen.

Eine Liste der Regionalbüros und der Bundesstaaten, für die jedes Büro zuständig ist, finden Sie auf der [OFCCP-Website](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

DIESE VORGERICHTLICHE UNTERSUCHUNG IST KEINE DISKRIMINIERUNGSBESCHWERDE

Wie können wir Sie erreichen?

Name (Vorname, Mitte, Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____ E-mail: _____

Wen können wir kontaktieren, wenn wir Sie nicht erreichen können?

Name (Vorname, Mitte, Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____ E-mail: _____

Wenn Sie von einem Anwalt, einer anderen Person oder einer Organisation vertreten werden, geben Sie deren Kontaktinformationen an:

Name (Vorname, Mitte, Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____ E-mail: _____

Geben Sie das letzte Datum an, an dem Sie glauben, dass Sie diskriminiert oder benachteiligt wurden.

Datum: _____

Sind Sie der Meinung, dass die Diskriminierung auch andere Personen einschließt oder betrifft?

Ja Nein Ich bin mir nicht sicher

Wie lautet der Name des Arbeitgebers, von dem Sie glauben, dass er Sie diskriminiert hat?

Name des Arbeitgebers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Stadt: _____ State: _____ Postleitzahl: _____

Telefon Nummer: _____

Ist dies derselbe Ort, an dem die Diskriminierung stattgefunden hat? Ja Nein

Wenn nein, wo fand die Diskriminierung statt? _____

Auf welcher Grundlage glauben Sie, dass der Arbeitgeber Sie diskriminiert hat?

Kreuzen Sie alle zutreffenden Punkte an:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rennen | <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung | <input type="checkbox"/> Offenlegung der Vergütung | <input type="checkbox"/> Sich beim Arbeitgeber über Diskriminierung beschweren |
| <input type="checkbox"/> Nationale Herkunft | <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | <input type="checkbox"/> Teilnahme an der OFCCP-Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> Farbe | <input type="checkbox"/> Geschützter Veteranenstatus | <input type="checkbox"/> Vergeltung | <input type="checkbox"/> Beteiligung an der Beschwerde einer anderen Person über berufliche Diskriminierung |
| <input type="checkbox"/> Religion | <input type="checkbox"/> Invalidität | <input type="checkbox"/> Einreichen einer Diskriminierungsbeschwerde | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Geschlecht (einschließlich Schwangerschaft) | <input type="checkbox"/> Besprechung der Vergütung | <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme mit einer staatlichen Stelle, um sich über Diskriminierung zu beschweren | |
| | <input type="checkbox"/> Erkundigen Sie sich nach dem Gehalt | | |

DIESE VORGERICHTLICHE UNTERSUCHUNG IST KEINE DISKRIMINIERUNGSBESCHWERDE

Welche Beschäftigungspraxis war Ihrer Meinung nach diskriminierend?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entlassung, Entlassung oder Entlassung | <input type="checkbox"/> Versäumnis, angemessene Vorkehrungen für eine Behinderung oder eine aufrichtig vertretene religiöse Überzeugung, Beachtung oder Praxis zu treffen | <input type="checkbox"/> Anforderung oder Weitergabe medizinischer Informationen von Mitarbeitern |
| <input type="checkbox"/> Belästigung (einschließlich unerwünschten verbalen oder körperlichen Verhaltens) | <input type="checkbox"/> Vorteile | <input type="checkbox"/> Verhaltensweisen, die jemanden davon abhalten könnten, sich gegen Diskriminierung zu wehren, Anzeige zu erstatten oder an einer Untersuchung oder einem Verfahren teilzunehmen |
| <input type="checkbox"/> Einstellung oder Beförderung | <input type="checkbox"/> Berufsausbildung | |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung | <input type="checkbox"/> Klassifizierung | |
| <input type="checkbox"/> Lohn (ungleiche Löhne oder Entschädigungen) | <input type="checkbox"/> Verweis | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Haben Sie diesen Vorwurf der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei einer anderen Bundes- oder Kommunalbehörde (z. B. Equal Employment Opportunity Commission oder staatliche oder örtliche Fair Employment oder Human Rights Commission) erhoben?

- Ja Nein Ich bin mir nicht sicher

Wenn ja, welche Behörde? _____

Wann haben Sie den Antrag gestellt? _____

Name der Kontaktperson der Agentur: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____ Fallnummer (falls bekannt): _____

Wie haben Sie erfahren, dass Sie die OFCCP um Hilfe bitten können?

- Internet Plakat Gemeinschaftliche Organisation OFCCP-Sitzung/Veranstaltung Broschüre
- Sonstiges: _____

Erklärung zum Datenschutzgesetz

Die Erhebung von Informationen mit diesem Formular ist durch die gesetzlichen Behörden, die das OFCCP durchsetzt, sowie durch Titel VII des Civil Rights Act von 1964 (Titel VII) in seiner geänderten Fassung und Titel I des Americans with Disabilities Act von 1990 (ADA) in seiner geänderten Fassung, den die U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) durchsetzt, zulässig. Die OFCCP verwendet diese Informationen, um Ihnen bei der Entscheidung zu helfen, ob die OFCCP die richtige Stelle für die Untersuchung Ihrer Beschwerde ist. **Die Übermittlung dieser Informationen an die OFCCP ist nicht gleichbedeutend mit der Einreichung einer Beschwerde. Wenn Sie nicht innerhalb der oben beschriebenen Fristen eine Diskriminierungsbeschwerde einreichen, verlieren Sie Ihr Recht auf ein Verfahren vor der OFCCP.** Die gesammelten Informationen können an andere Behörden weitergegeben werden, die für Ihre Behauptungen zuständig sein könnten, wie z. B. die EEOC.

Die Bereitstellung dieser Informationen ist freiwillig; die Nichtbereitstellung der Informationen kann jedoch dazu führen, dass die OFCCP Ihnen bei der Einreichung Ihrer Beschwerde nicht helfen kann.

DIESE VORGERICHTLICHE UNTERSUCHUNG IST KEINE DISKRIMINIERUNGSBESCHWERDE

Erklärung zur öffentlichen Belastung

Der geschätzte Zeitaufwand für das Ausfüllen dieses Formulars beträgt 15 Minuten, einschließlich der Zeit für das Lesen der Anweisungen, das Ausfüllen des Formulars und das Absenden an die OFCCP. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht verpflichtet sind, auf diese Informationssammlung zu antworten, es sei denn, sie weist eine derzeit gültige OMB-Kontrollnummer auf.

Wenn Sie Anmerkungen zum geschätzten Aufwand oder zu anderen Aspekten dieses Formulars haben, einschließlich Vorschlägen zur Verringerung des Aufwands, senden Sie diese an die OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular für die Vorabanfrage nicht an diese Adresse.**