



रोज़गार भेदभाव के लिए शिकायत-पूर्व जांच जिसमें एक संघीय ठेकेदार या उपठेकेदार शामिल है

OMB: 1250-0002

समाप्ति: 06/30/2026

इस फॉर्म को पूरा करने से पहले नीचे दिए गए निर्देश पढ़ें।

इस फॉर्म को OFCCP में जमा करना शिकायत दर्ज करने के समान नहीं है।

निर्देश

संघीय सरकार के साथ व्यापार करने वाली कंपनियों के लिए आपकी जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन अभिविन्यास, लिंग पहचान, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, संरक्षित वयोवृद्ध स्थिति, या आपके द्वारा अपने, या कुछ मामलों में, अन्य आवेदकों या कर्मचारियों के वेतन के बारे में पूछने, खुलासा करने, या चर्चा करने के आधार पर आपके साथ भेदभाव करना गैरकानूनी है। इसके अतिरिक्त, इन कंपनियों के लिए आपके खिलाफ प्रतिशोध लेना या अन्यथा नकारात्मक रोजगार कार्रवाई करना गैरकानूनी है क्योंकि आपने पूर्व-शिकायत जांच या शिकायत दर्ज की है, OFCCP के अधिकारियों द्वारा गैरकानूनी बनाए गए कार्यों या प्रथाओं का विरोध किया है, या अनुपालन मूल्यांकन या शिकायत जांच में सहायता की है या भाग लिया है।

यदि आपको लगता है कि आपकी जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन रुझान, लिंग पहचान, राष्ट्रीय मूल, विकलांगता, एक संरक्षित वयोवृद्ध के रूप में स्थिति, या अपने या दूसरों के मुआवजे बारे में पूछने, चर्चा करने या खुलासा करने के लिए के कारण संघीय सरकार के साथ व्यापार करने वाली कंपनी द्वारा रोजगार में या रोजगार के लिए आवेदन करते समय आपके साथ भेदभाव किया गया है, तो आप OFCCP से संपर्क कर सकते हैं। आप तब भी OFCCP से संपर्क कर सकते हैं यदि आपको लगता है कि नियोक्ता ने आपके खिलाफ जवाबी कार्रवाई की है या अन्यथा नकारात्मक रोजगार कार्रवाई की है, क्योंकि आपने पूर्व-शिकायत जांच या शिकायत दर्ज की है, OFCCP के अधिकारियों द्वारा गैरकानूनी बनाए गए कृत्यों या प्रथाओं का विरोध किया है, या अनुपालन मूल्यांकन या शिकायत जांच में सहायता की है या भाग लिया है या यदि आप मानते हैं कि संघीय सरकार के साथ व्यापार करने वाली कंपनी अन्य OFCCP ठेकेदार दायित्वों का उल्लंघन कर रही है। OFCCP से संपर्क करने या शिकायत-पूर्व जांच प्रस्तुत करने के लिए आपको यह जानने की आवश्यकता नहीं है कि नियोक्ता निश्चित रूप से एक संघीय ठेकेदार या उपठेकेदार है। OFCCP आपके कार्यस्थल अधिकारों और सुरक्षा के बारे में जानकारी प्रदान कर सकता है ताकि OFCCP के पास शिकायत दर्ज करने के बारे में आपके निर्णय को सूचित किया जा सके।

कृपया नीचे दी गई जानकारी पूरी करें, ताकि OFCCP आपकी सहायता कर सके। OFCCP यह निर्धारित करने के लिए आपकी जांच की समीक्षा करेगा कि क्या OFCCP इस मामले को संभालने के लिए सही संघीय एजेंसी है। यदि आपके कोई प्रश्न हैं या आपको सहायता की आवश्यकता है, तो OFCCP हेल्प डेस्क से 1-800-397-6251 पर संपर्क करें।

महत्वपूर्ण समय सीमा

इस जांच फॉर्म को OFCCP के पास जमा करना शिकायत दर्ज करना नहीं है। यदि आप नीचे दी गई समय सीमा के भीतर भेदभाव की शिकायत दर्ज नहीं करते हैं, तो आप OFCCP के माध्यम से आगे बढ़ने के अपने अधिकार खो देंगे। इस जांच फॉर्म को जमा करने से शिकायत दर्ज करने की अवधि नहीं बढ़ती है। यदि आपके पास समय पर शिकायत दर्ज करने के लिए 60 दिन या उससे कम समय है, तो विशेष निर्देशों (<http://www.dol.gov/agency/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>) के लिए OFCCP की वेबसाइट पर जाएं।

आपकी जाति, रंग, धर्म, लिंग, यौन रुझान, लिंग पहचान, या राष्ट्रीय मूल के आधार पर शिकायतें नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 180 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि भेदभाव या प्रतिशोध था।

वेतन के बारे में चर्चा करने, खुलासा करने या पूछताछ करने में भेदभाव का आरोप लगाने वाली शिकायतें नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 180 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि या तो भेदभाव या प्रतिशोध था।

आपकी विकलांगता या एक संरक्षित वयोवृद्ध के रूप में स्थिति पर आधारित शिकायतें नियोक्ता द्वारा की गई कार्रवाई के 300 दिनों के भीतर OFCCP के पास दर्ज की जानी चाहिए, जो आपको लगता है कि या तो भेदभाव या प्रतिशोध था।

मैं शिकायत-पूर्व जांच कैसे और कहाँ प्रस्तुत करूँ?

OFCCP के पास शिकायत दर्ज करने के लिए, इस फॉर्म के सभी अनुभागों को पूरा करें, जब तक कि इसे वैकल्पिक के रूप में चिह्नित न किया गया हो। यदि आप किसी प्रश्न का उत्तर नहीं जानते हैं, तो "पता नहीं" लिखें। यदि कोई प्रश्न लागू नहीं है, तो "N/A" लिखें।

यदि आप ऑनलाइन दाखिल कर रहे हैं, तो सभी फ़ील्ड भरें और सबमिट पर क्लिक करें। यदि आप ऑनलाइन दाखिल नहीं कर रहे हैं, तो पूरा फॉर्म OFCCP को मेल, फैक्स या ई-मेल द्वारा भेजें। फॉर्म को OFCCP क्षेत्रीय कार्यालय को भेजें जो उस राज्य को कवर करता है जहाँ घटनाएं हुई थीं। आप OFCCP कार्यालय में व्यक्तिगत रूप से भी फाइल कर सकते हैं। प्रत्येक कार्यालय को कवर करने वाले क्षेत्रीय कार्यालयों और राज्यों की सूची [OFCCP वेबसाइट](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>) पर पाई जा सकती है।

हम आप तक कैसे पहुँच सकते हैं?

यह शिकायत-पूर्व जांच भेदभाव की शिकायत नहीं है

नाम (पहला, मध्य, अंतिम): _____

गली का पता: _____

शहर (*): _____ राज्य _____ : ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____ ई-मेल: _____

यदि हम आप तक नहीं पहुंच सकते तो हम किससे संपर्क कर सकते हैं?

नाम (पहला, मध्य, अंतिम): _____

गली का पता: _____

शहर (*): _____ राज्य _____ : ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____ ई-मेल: _____

यदि आपका प्रतिनिधित्व किसी वकील, किसी अन्य व्यक्ति या किसी संगठन द्वारा किया जाता है, तो उनकी संपर्क जानकारी प्रदान करें:

नाम (पहला, मध्य, अंतिम): _____

गली का पता: _____

शहर (*): _____ राज्य _____ : ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____ ई-मेल: _____

सबसे हाल की तारीख बताएं जब आपको लगता है कि आपके साथ भेदभाव किया गया या प्रतिशोध लिया गया।

तारीख: _____

क्या आपको लगता है कि भेदभाव में दूसरों भी शामिल या प्रभावित होते हैं?

हाँ नहीं मैं निश्चित नहीं हूँ

उस नियोक्ता का नाम क्या है जिसके बारे में आपको लगता है कि उसने आपके साथ भेदभाव किया है?

नियोक्ता का नाम: _____

गली का पता: _____

शहर: _____ राज्य: _____ ज़िप कोड: _____

टेलीफ़ोन नंबर: _____

मानव संसाधन संपर्क नाम (वैकल्पिक): _____ ई-मेल (वैकल्पिक): _____

क्या यह वही स्थान है जहां भेदभाव हुआ था? _____ हाँ _____ नहीं

यदि नहीं, तो यह कहां घटित हुआ? _____

आप किस आधार पर मानते हैं कि नियोक्ता ने आपके साथ भेदभाव किया है?

लागू होने वाले सभी को जाँचे:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> जाति | <input type="checkbox"/> यौन अभिविन्यास | <input type="checkbox"/> वेतन के बारे में पूछताछ | <input type="checkbox"/> भेदभाव के बारे में शिकायत करने के लिए किसी सरकारी एजेंसी से संपर्क करना |
| <input type="checkbox"/> राष्ट्रीय मूल | <input type="checkbox"/> लिंग पहचान | <input type="checkbox"/> वेतन का खुलासा | <input type="checkbox"/> भेदभाव के बारे में नियोक्ता से शिकायत करना |
| <input type="checkbox"/> रंग | <input type="checkbox"/> संरक्षित वयोवृद्ध स्थिति | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ | <input type="checkbox"/> OFCCP जांच में भाग लेना |
| <input type="checkbox"/> धर्म | <input type="checkbox"/> विकलांगता | <input type="checkbox"/> प्रतिशोध | <input type="checkbox"/> नौकरी में भेदभाव के बारे में किसी और की शिकायत में भाग लेना |
| <input type="checkbox"/> सेक्स (गर्भावस्था सहित) | <input type="checkbox"/> वेतन पर चर्चा | <input type="checkbox"/> भेदभाव की शिकायत दर्ज करना | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |

आपके अनुसार कौन सी रोज़गार प्रथा भेदभावपूर्ण थी?

यह शिकायत-पूर्व जांच भेदभाव की शिकायत नहीं है

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> डिस्चार्ज, फायरिंग, या ले-ऑफ़ | <input type="checkbox"/> किसी विकलांगता या ईमानदारी से रखे गए धार्मिक विश्वास, पालन या अभ्यास के लिए उचित आवास प्रदान करने में विफलता | <input type="checkbox"/> कर्मचारियों की चिकित्सा संबंधी जानकारी का अनुरोध करना या उसका खुलासा करना |
| <input type="checkbox"/> उत्पीड़न (अवांछनीय मौखिक या शारीरिक आचरण सहित) | <input type="checkbox"/> फ़ायदे | <input type="checkbox"/> आचरण जो किसी को भेदभाव का विरोध करने, आरोप दायर करने, या जांच या कार्यवाही में भाग लेने से उचित रूप से हतोत्साहित कर सकता है |
| <input type="checkbox"/> नियुक्ति या पदोन्नति | <input type="checkbox"/> नौकरी प्रशिक्षण | <input type="checkbox"/> अन्य: _____ |
| <input type="checkbox"/> कार्यभार | <input type="checkbox"/> वर्गीकरण | |
| <input type="checkbox"/> वेतन (असमान वेतन या मुआवजा) | <input type="checkbox"/> रेफ़रल | |

क्या आपने किसी अन्य संघीय या स्थानीय एजेंसी (उदाहरण के लिए, समान रोजगार अवसर आयोग या राज्य या स्थानीय निष्पक्ष रोजगार या मानवाधिकार आयोग) के साथ रोजगार भेदभाव का यह आरोप दायर किया है?

हाँ नहीं मैं निश्चित नहीं हूँ

यदि हां, तो कौन सी एजेंसी? _____ आपने कब फाइल किया? _____

एजेंसी संपर्क नाम: _____ फ़ोन नंबर: _____

ई-मेल: _____ केस संख्या (यदि ज्ञात हो): _____

आपने कैसे पता चला कि आप OFCCP से मदद मांग सकते हैं?

इंटरनेट पोस्टर सामुदायिक संगठन OFCCP मीटिंग/इवेंट ब्रोशर अन्य: _____

गोपनीयता अधिनियम वक्तव्य

इस फॉर्म का उपयोग करके जानकारी का संग्रह OFCCP द्वारा लागू कानूनी अधिकारियों के साथ-साथ संशोधित नागरिक अधिकार अधिनियम 1964 (शीर्षक VII) के शीर्षक VII और 1990 के अमेरिकी विकलांग अधिनियम (ADA) के शीर्षक I द्वारा अधिकृत है, जैसा कि संशोधित है, जिसे अमेरिकी समान रोजगार अवसर आयोग (EEOC) लागू करता है। OFCCP इस जानकारी का उपयोग यह निर्धारित करने में आपकी सहायता के लिए करता है कि OFCCP आपकी शिकायत की जांच करने के लिए उपयुक्त एजेंसी है या नहीं। **OFCCP को यह जानकारी प्रदान करना शिकायत दर्ज करने के समान नहीं है। यदि आप ऊपर वर्णित समय सीमा के भीतर भेदभाव की शिकायत दर्ज नहीं करते हैं, तो आप OFCCP के माध्यम से आगे बढ़ने के अपने अधिकार खो देंगे।** एकत्र की गई जानकारी अन्य एजेंसियों को बताई जा सकती है जिनके पास आपके आरोपों पर अधिकार क्षेत्र हो सकता है जैसे कि EEOC.

यह जानकारी प्रदान करना स्वैच्छिक है; हालाँकि, जानकारी प्रदान करने में विफलता से OFCCP को आपकी शिकायत दर्ज करने में मदद करने में देरी या विफलता हो सकती है।

सार्वजनिक बोझ वक्तव्य

इस फॉर्म को पूरा करने का अनुमानित समय 15 मिनट है, जिसमें निर्देशों की समीक्षा करने, फॉर्म भरने और OFCCP को भेजने का समय भी शामिल है। कृपया ध्यान दें कि आपको जानकारी के इस संग्रह का जवाब देने की आवश्यकता नहीं है जब तक कि यह वर्तमान में मान्य OMB कंट्रोल नंबर प्रदर्शित न करे।

यदि आपके पास अनुमानित बोझ या इस पूर्व-शिकायत जांच फॉर्म के किसी अन्य पहलू के बारे में टिप्पणियाँ हैं, जिसमें बोझ को कम करने के सुझाव भी शामिल हैं, तो उन्हें OFCCP नीति प्रभाग (1250-0002), 200 कॉन्स्टिट्यूशन एवेन्यू, N.W., कक्ष C3325, वाशिंगटन D.C. 20210 को भेजें। **कृपया पूरा भरा हुआ शिकायत-पूर्व जांच फॉर्म इस पते पर न भेजें।**

यह शिकायत-पूर्व पूछताछ भेदभाव की शिकायत नहीं है