



連邦請負業者または下請業者に関する 雇用差別の事前照会

OMB: 1250-0002

有効期限: 06/30/2026

このフォームに記入する前に、以下の説明をお読みください。

このフォームを OFCCP に提出することは、苦情を申し立てることとは異なります。

説明事項

連邦政府と取引している企業は、人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、障がい、退役軍人の地位、または自分の給与や他の応募者や従業員の給与について尋ねたり、開示したり、相談したりしたことを理由に、あなたを差別することは違法です。さらに、これらの企業が、あなたが事前の問い合わせや苦情を申し立てたこと、OFCCP 当局が違法とする行為や慣行に反対したこと、またはコンプライアンス評価や苦情調査に協力・参加したことを理由に、あなたに対して報復やその他の否定的な雇用措置を取ることも違法です。

人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、障がい、退役軍人の地位、または自分の給与や他の応募者や従業員の給与について尋ねたり、開示したり、相談したりしたことを理由に、連邦政府と取引のある企業によって、雇用において、あるいは雇用に応募する際に差別を受けたと考える場合は、OFCCP に問い合わせることができます。また、事前の問い合わせや苦情を申し立てたこと、OFCCP の権限により違法とされた行為や慣行に反対したこと、コンプライアンス評価や苦情調査に協力・参加したこと、あるいは連邦政府と取引している会社が他の OFCCP の契約者義務に違反していると思われる場合、雇用主があなたに対して報復その他の否定的な雇用措置を取ったと思われる場合にも、OFCCP に問い合わせることができます。雇用主が連邦請負業者または下請業者であることを確実に知っていても、OFCCP に問い合わせたり、苦情事前照会を提出することはできます。OFCCP は、職場の権利と保護に関する情報を提供し、苦情を申し立てるかどうかの判断材料として役立てることができます。

OFCCP が対応できるよう、以下の情報を記入してください。OFCCP は、お問い合わせ内容を検討し、OFCCP がこの件を処理するのに適切な連邦機関であるかどうかを判断します。質問がある場合やサポートが必要な場合は、OFCCP ヘルプデスク (1-800-397-6251) にご連絡ください。

重要な期限

この問い合わせフォームを OFCCP に提出しても、苦情を申し立てることはできません。ただし、以下に記された期限内に差別の苦情を申し立てない場合、OFCCP を通じて手続きを進める権利を失う可能性があります。また、この問い合わせフォームを提出しても、苦情を申し立てる期間は延長されません。もし苦情を提出できる期限が 60 日以内である場合は、OFCCP のウェブサイト (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>) で **特別指示** を参照してください。

人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、または国籍に基づく苦情は、雇用主が行った差別または報復と思われる行為から **180 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

給与に関する話し合い、開示、問い合わせを理由とする差別を訴える苦情は、差別または報復と思われる雇用主の措置から **180 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

障害または退役軍人であることに基づく苦情は、差別または報復と思われる雇用主の行為から **300 日**以内に OFCCP に提出しなければなりません。

事前の苦情照会はどこでどのように行うのですか？

事前の問い合わせを行うには、このフォームのすべての項目に記入してください。該当する質問がない場合は、「該当なし」と記入してください。

オンラインで提出する場合は、必要事項を記入し、「提出」をクリックしてください。オンラインで提出しない場合は、記入済みの書式を OFCCP に郵送、ファックス、または電子メールで送付してください。用紙は、該当事象が発生した州を管轄する OFCCP 地域事務所に送付してください。また、OFCCP 事務所で直接記入することもできます。地域事務所及び各事務所が管轄する州の一覧は、[OFCCP のウェブサイト](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm) (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm>) に掲載されています。

この事前照会は差別に関する申し立てではありません

連絡先

氏名（名、ミドルネーム、姓）： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ Eメール： _____

連絡が取れない場合は誰に連絡すればよいですか？

氏名（名、ミドルネーム、姓）： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ Eメール： _____

弁護士、他の人、または団体が代理人となっている場合は、その連絡先を記入してください：

氏名（名、ミドルネーム、姓）： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ Eメール： _____

差別または報復を受けたと思われる直近の日付を記入してください。

日付： _____

その差別には他の人も含まれていると思いますか、あるいは影響を受けていると思いますか？

はい いいえ 分からない

あなたを差別したと思われる雇用主の名前を教えてください。

雇用者名： _____

住所： _____

市町村： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____

差別が起きた場と同じですか？ _____ はい _____ いいえ

もしそうでなければ、どこで差別が起きましたか？ _____

どのような理由で雇用主はあなたを差別したと思いますか？

該当するものすべてに印をつけてください：

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 人種 | <input type="checkbox"/> 性的指向 | <input type="checkbox"/> 給与に関する問い合わせ | <input type="checkbox"/> 差別苦情の申し立て |
| <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 性同一性 | <input type="checkbox"/> 給与の開示 | <input type="checkbox"/> 差別を訴えるために政府機関に連絡する |
| <input type="checkbox"/> 肌の色 | <input type="checkbox"/> 退役軍人の地位 | <input type="checkbox"/> その他：
_____ | <input type="checkbox"/> 差別について雇用主に苦情を申し立てる |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 障がい | <input type="checkbox"/> 報復 | <input type="checkbox"/> OFCCP の調査への協力 |
| <input type="checkbox"/> 性別（妊娠を含） | <input type="checkbox"/> 給与に関する話し合い | | <input type="checkbox"/> 職業差別に関する他人の申し立てに協力する |
| | | | <input type="checkbox"/> その他： _____ |

この事前照会は差別に関する申し立てではありません

どのような雇用慣行が差別的だったと思いますか？

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 免職、解雇、一時解雇 | <input type="checkbox"/> 障がいまたは宗教的信念、遵守、慣習に対する合理的な配慮の欠如 | <input type="checkbox"/> 従業員の医療情報を要求または開示する |
| <input type="checkbox"/> ハラスメント（歓迎されない言葉や身体的行為を含む） | <input type="checkbox"/> 福利厚生 | <input type="checkbox"/> 差別に反対したり、告発したり、調査や手続きに参加したりすることを妨げるような行為 |
| <input type="checkbox"/> 雇用または昇進 | <input type="checkbox"/> 職業訓練 | <input type="checkbox"/> その他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 配属 | <input type="checkbox"/> 格付け | |
| <input type="checkbox"/> 給与（不平等な賃金または報酬） | <input type="checkbox"/> 照会 | |

この雇用差別の申し立てを、他の連邦機関または地方機関（雇用機会均等委員会、州または地方の公正雇用委員会または人権委員会など）に提出しましたか？

はい いいえ 分からない

はい」の場合、どの機関ですか？ _____

いつ提出しましたか？ _____

機関連絡先名： _____ 電話番号： _____

Eメール： _____

ケース番号（知っている場合）： _____

OFCCP に相談できることをどのようにして知りましたか？

- インターネット ポスター 地域団体 OFCCP 主催の会議／イベント パンフレット
- その他: _____

個人情報保護法に関する声明

本書式による情報収集は、OFCCP が執行する法的権限および米国雇用機会均等委員会（EEOC）が執行する 1964 年公民権法第 7 編（改正後）および 1990 年障害者法第 1 編（改正後）により許可されています。OFCCP は、この情報を、あなたの申し立てを調査するために適切な機関であるかどうかを判断する際の参考として使用します。ただし、この情報を提供することは苦情を申し立てることとは異なります。もし、上記の期限内に差別の苦情を申し立てなかった場合、OFCCP を通じて手続きを進める権利を失います。収集された情報は、EEOC など、あなたの申し立てを管轄する可能性のある他の機関に開示される場合があります。

これらの情報の提供は任意ですが、情報を提供しなかった場合、OFCCP による申し立ての手続きが遅れたり妨げられたりする可能性があります。

公的負担に関する声明

この書式に要する時間の目安は、説明書の確認、記入、OFCCP への送付の時間を含めて 15 分です。現在有効な OMB 管理番号が表示されていない限り、この情報収集に回答する必要はありませんのでご注意ください。

負担軽減のための提案を含め、推定負担または本申し立て前照会フォームのその他の点に関してご意見がある場合は、OFCCP 政策部（1250-0002）（200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210）までお送りください。この住所には、必要事項を記入した事前照会フォームを送付しないでください。

この事前照会は差別に関する申し立てではありません