



연방 계약자 또는 하청업체 계약자 관련 고용 차별 사전 불만 조사

OMB: 1250-0002

만료일: 06/30/2026

이 양식을 작성하기 전 아래 지침을 읽으십시오.
이 양식을 OFCCP 에 제출하는 것은 불만 제기와는 별개입니다.

지침

연방 정부와 사업을 하는 회사가 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 출신 국가, 장애, 재향 군인 신분 또는 자신의 급여, 다른 신청자 또는 직원의 급여에 대해 질문하거나 공개, 논의했다는 이유로 차별하는 것은 불법입니다. 또한, 이러한 회사들이 귀하가 불만 사항에 대한 사전 불만 조사를 접수하였거나 OFCCP 당국이 불법으로 저지른 행위에 반대하는 행위 또는 관행을 이행했다는 사유 또는 불만 사항 조사 평가를 지원 또는 참여했다는 이유로 귀하에 대해 보복하거나 부정적인 고용 조치를 취하는 것은 불법입니다.

연방 정부와 사업을 하는 회사가 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 출신 국가, 장애, 재향 군인 신분 또는 자신의 급여, 다른 신청자 또는 직원의 급여에 대해 질문하거나 공개, 논의했다는 이유로 고용 또는 취업시 차별할 경우, OFCCP 로 연락할 수 있습니다. 또한, 이러한 회사들이 귀하가 불만 사항에 대한 사전 불만 조사를 접수하였거나 OFCCP 당국이 불법으로 저지른 행위에 반대하는 행위 또는 관행을 이행했다는 사유 또는 불만 사항 조사 평가를 지원 또는 참여했다는 이유로 귀하에 대해 보복하거나 부정적인 고용 조치를 취하거나 연방 정부와 사업을 하는 회사가 OFCCP 계약자 의무 사항을 위반했다고 판단하는 경우 OFCCP 로 연락할 수 있습니다. OFCCP 에 연락하거나 불만 제기 전 사전 불만 사항 접수를 위해 고용주가 연방 계약자 또는 하청업자라는 것을 확인할 필요는 없습니다. OFCCP 는 불만 사항을 제기할지 여부에 대한 귀하의 결정을 알리기 위해 귀하의 작업장 권리 및 보호에 대한 정보를 제공할 수 있습니다.

OFCCP 가 귀하를 도울 수 있도록 아래의 정보를 작성하십시오. OFCCP 는 귀하의 질의를 검토하여 OFCCP 가 문제를 처리하기에 적합한 연방 기관인지 여부를 결정합니다. 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 OFCCP 헬프 데스크(1-800-397-6251)로 문의하십시오.

중요 기한

이 질의 양식을 OFCCP 에 제출하는 것이 불만 사항 제기 완료를 뜻하지 않습니다. 아래 명시된 기한 내에 차별 사항에 대한 불만을 제기하지 않으면 OFCCP 를 통해 진행할 권리를 잃게 됩니다. 이 문의 양식을 제출하는 것이 불만 제기 기간 연장을 뜻하지 않습니다. 적시에 불만 사항을 제기할 수 있는 기간이 60 일 이하인 경우 OFCCP 웹사이트를 방문하여 특별 지침 (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>)을 확인하십시오

귀하의 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성 또는 출신 국가를 이유로 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 180 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

급여에 대한 논의, 공개, 질문으로 인해 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 180 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

귀하의 장애 또는 재향 군인 지위로 인해 고용주에 의해 차별 또는 보복을 당했다고 판단하는 경우 이 사건이 일어난 300 일 이내에 OFCCP 에 불만 사항을 제출해야 합니다.

불만 제기 전 문의 사항은 어떻게 그리고 어디에 제출하나요?

“N/A.” 불만 제기 전 문의 사항을 제출하려면 이 양식의 모든 섹션을 작성하십시오. 질문에 대한 답을 모를 경우 “알 수 없음”이라고 적으십시오. 질문에 해당하지 않는 경우 “N/A”라고 기재하십시오.

온라인으로 제출하는 경우 필드를 채우고 제출을 클릭하십시오. 온라인으로 제출하지 않는 경우 완성된 양식을 우편, 팩스, 또는 이메일로 OFCCP 에 보내주십시오. 사건이 발생한 주를 담당하는 OFCCP 지역 사무소로 양식을 보내십시오. OFCCP 사무소에서 직접 양식을 작성할 수도 있습니다. 지역 사무소 및 각 사무소가 담당하는 주 목록은 OFCCP 웹사이트 (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>)에서 확인할 수 있습니다.

이 사전 불만 조사는 차별에 대한 불만이 아닙니다.

귀하와의 연락 방법은 무엇인가요?

성명 (이름, 미들 네임, 성): _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____ E-mail: _____

귀하와 연락이 닿지 않을 시 누구에게 연락해야 하나요?

성명 (이름, 미들 네임, 성): _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____ E-mail: _____

변호사, 대리인 또는 대리 조직이 귀하를 대리하는 경우 해당 연락처 정보를 기입해주시시오:

이름 (이름, 미들 네임, 성): _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____ E-mail: _____

귀하가 차별 또는 보복당했다고 생각하는 가장 최근 날짜를 적으십시오.

날짜: _____

이 차별이 다른 사람을 포함하거나 다른 사람에게 영향을 미친다고 생각하십니까?

네 아니오 모르겠습니다

귀하를 차별했다고 생각하는 고용주의 이름은 무엇입니까?

고용주 이름: _____

상세 주소: _____

도시: _____ 주: _____ Zip 코드: _____

전화번호: _____

이 곳이 차별이 발생한 곳과 같은 장소입니까? 네 아니오

아닐 경우, 차별이 일어난 곳은 어디입니까? _____

어떠한 사유로 고용주가 귀하를 차별했다고 생각하십니까?

해당 사항에 모두 체크하세요:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 인종 | <input type="checkbox"/> 성적 취향 | <input type="checkbox"/> 급여에 대한 문의 | <input type="checkbox"/> 차별 불만 제기 |
| <input type="checkbox"/> 출신 국가 | <input type="checkbox"/> 성 정체성 | <input type="checkbox"/> 급여 공개 | <input type="checkbox"/> 차별 불만을 위해 정부 기관에 연락 |
| <input type="checkbox"/> 피부색 | <input type="checkbox"/> 재향 군인 신분 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ | <input type="checkbox"/> 차별에 대한 고용주에 대한 불만 제기 |
| <input type="checkbox"/> 종교 | <input type="checkbox"/> 장애 | | <input type="checkbox"/> OFCCP 조사 관여 |
| <input type="checkbox"/> 성별 (임신 포함) | <input type="checkbox"/> 급여 논의 | <input type="checkbox"/> 보복 | <input type="checkbox"/> 누군가의 직장에서 차별 불만 제기에 관여 |
| | | | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |

이 사전 불만 조사는 차별에 대한 불만이 아닙니다.

어떤 고용 관행이 차별적이라고 생각하시나요?

- 해직, 해고, 정리해고
- 장애 또는 종교적 신념, 관습 또는 관행에 대한 합리적인 편의 미제공
- 의료정보 요청 또는 공개
- 괴롭힘(원치 않는 언어적 또는 신체적 행위 포함)
- 복리후생
- 차별에 반대하거나, 고소를 제기하거나, 조사 또는 절차에 참여하는 것을 합리적으로 방해할 수 있는 행위
- 채용 또는 승진
- 직무교육
- 업무 배정
- 분류
- 급여 (불평등한 임금 또는 보상)
- 추천
- 기타: _____

다른 시·도·군 또는 지역 기관(예: 평등고용기회위원회, 주 또는 지역 공정고용 또는 인권위원회)에 고용 차별에 대한 혐의를 제기한 적이 있습니까?

- 네 아니오 잘 모르겠음

만약 그렇다면, 어느 기관인가요? _____ 언제 신고하셨나요?

기관 연락처 이름: _____ 전화번호: _____

이메일: _____ 사례 번호(알고 있는 경우): _____

OFCCP 에 도움을 요청할 수 있다는 사실을 어떻게 알게 되었나요?

- 인터넷 포스터 지역사회 단체 OFCCP 회의/행사 브로셔 기타: _____

개인정보 보호법 성명서

이 양식을 사용한 정보 수집은 OFCCP 가 시행하는 법적 당국과 미국 평등고용기회위원회(EEOC)가 시행하는 1964 년 민권법(1964 년 개정) 제 7 장 및 1990 년 미국 장애인법(1990 년 개정) 제 1 장(ADA)에 의해 승인됩니다. OFCCP 는 이 정보를 사용하여 OFCCP 가 귀하의 불만 사항을 조사하기에 적절한 기관인지 여부를 결정하는 데 도움을 줍니다. 이 정보를 OFCCP 에 제공하는 것은 불만을 제기하는 것과 동일하지 않습니다. 위에 설명된 기간 내에 차별에 대한 불만을 제기하지 않으면 OFCCP 를 통해 진행할 수 있는 권리를 잃게 됩니다. 수집된 정보는 EEOC 와 같이 귀하의 혐의에 대한 관할권을 가질 수 있는 다른 기관에 공개될 수 있습니다.

이 정보를 제공하는 것은 자발적이지만, 정보를 제공하지 않을 경우 OFCCP 가 귀하의 불만 제기를 돕지 못하거나 지연될 수 있습니다.

공공 부담 성명서

이 양식을 작성하는 데 걸리는 예상 시간은 지침을 검토하고 양식을 작성하여 OFCCP 에 보내는 시간을 포함하여 15 분입니다. 이 정보 수집에 현재 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한, 이 정보 수집에 응답할 필요는 없습니다.

예상 부담금 또는 부담금 경감을 위한 제안을 포함하여 이 사전 민원 문의 양식의 기타 측면에 대해 의견이 있는 경우, OFCCP 정책과(1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210 로 보내주십시오. 작성된 사전 불만 문의 양식을 이 주소로 보내지 마십시오.

이 사전 불만 조사는 차별에 대한 불만이 아닙니다.