



OFFICE OF FEDERAL CONTRACT
COMPLIANCE PROGRAMS



US DEPARTMENT OF LABOR

Предварительный запрос по поводу дискриминации в сфере занятости с участием федерального подрядчика или субподрядчика

OMB: 1250-0002

Перед заполнением этой формы ознакомьтесь с инструкциями ниже.

Срок действия: 30.06.2026 **Подача этой формы в OFCCP - это не то же самое, что подача жалобы.**

Инструкции

Компании, ведущие бизнес с федеральным правительством, не могут дискриминировать вас по признаку расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национального происхождения, инвалидности, статуса ветерана или потому, что вы запрашивали, раскрывали или обсуждали свою зарплату или, в некоторых случаях, зарплату других заявителей или сотрудников. Кроме того, для этих компаний незаконно мстить или предпринимать иные негативные действия против вас по поводу вашего трудоустройства, потому что вы подали предварительный запрос или жалобу, выступили против действий или практики, признанных OFCCP незаконными, или помогали или участвовали в оценке соответствия или расследовании жалобы.

Вы можете связаться с OFCCP, если считаете, что столкнулись с дискриминацией на работе или при подаче заявления о приеме на работу в компанию, ведущую бизнес с федеральным правительством, из-за вашей расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национального происхождения, инвалидности, статуса ветерана, или из-за запроса, обсуждения или раскрытия вашей заработной платы или заработной платы других лиц. Вы также можете связаться с OFCCP, если вы считаете, что работодатель отомстил или иным образом предпринял против вас негативные действия по поводу вашего трудоустройства, потому что вы подали предварительный запрос или жалобу, выступили против действий или практики, которые OFCCP определил как незаконные, или помогали или участвовали в оценке соответствия или расследовании жалобы, или если вы считаете, что компания, ведущая бизнес с федеральным правительством, нарушает другие обязательства подрядчика OFCCP. Вам не нужно знать наверняка, является ли работодатель федеральным подрядчиком или субподрядчиком, чтобы связаться с OFCCP или подать предварительный запрос перед жалобой. OFCCP может предоставить информацию о ваших правах и мерах защиты на рабочем месте, чтобы помочь принять решение о подаче жалобы в OFCCP.

Чтобы OFCCP мог вам помочь, заполните приведенную ниже информацию. OFCCP рассмотрит ваш запрос, чтобы определить, является ли OFCCP соответствующим федеральным агентством для решения этой проблемы. Если у вас есть какие-либо вопросы или вам нужна помощь, обратитесь в службу поддержки OFCCP по телефону 1-800-397-6251.

Важные сроки

Подача этой формы запроса в OFCCP не является жалобой. Если вы не подадите жалобу на дискриминацию в течение указанного ниже срока, вы потеряете право на участие в программе OFCCP. подача настоящей формы запроса не продлевает срок подачи жалобы. Если у вас есть 60 дней или меньше, чтобы подать своевременную жалобу, посетите веб-сайт OFCCP для получения [конкретных указаний](http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions) (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).

Жалобы, касающиеся вашей расы, цвета кожи, религии, пола, сексуальной ориентации, гендерной идентичности или национального происхождения, должны быть поданы в OFCCP в течение **180 дней** после действий, предпринятых работодателем, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или мстостью.

Жалобы на дискриминацию на основе обсуждения, раскрытия или запроса о зарплате должны быть поданы в OFCCP в течение **180 дней** с момента принятия работодателем мер, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или возмездием.

Жалобы, основанные на вашей инвалидности или статусе ветерана, должны быть поданы в OFCCP в течение **300 дней** с момента принятия работодателем мер, которые, по вашему мнению, были дискриминацией или мстостью.

Как и где подать предварительный запрос?

Чтобы подать предварительный запрос, пожалуйста, заполните все разделы этой формы. Если вы не знаете ответа на вопрос, напишите "неизвестно". Если вопрос не актуален, напишите "Н/А".

Если вы подаете онлайн, заполните поля и нажмите "Подать". Если вы не подаете заявку онлайн, отправьте заполненную форму в OFCCP по почте, факсу или электронной почте. Отправьте форму в региональный офис OFCCP, который охватывает штат, где произошли события. Вы также можете заполнить форму лично в офисе OFCCP. Список региональных офисов и штатов, охватываемых каждым офисом, можно [найти на веб-сайте OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyr.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyr.htm>).

ЭТОТ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБОЙ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

Как с вами можно связаться?

Имя (Имя, Отчество, Фамилия): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____ E-mail: _____

С кем мы можем связаться, если не сможем связаться с вами?

Имя (Имя, Отчество, Фамилия): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____ E-mail: _____

Если вас представляет юрист, другое лицо или организация, укажите их контактную информацию:

Имя (Имя, Отчество, Фамилия): _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефона: _____ E-mail: _____

Укажите последнюю дату, когда, по вашему мнению, вы столкнулись с дискриминацией или местью.

Дата: _____

Считаете ли вы, что эта дискриминация включает или затрагивает других?

Да Нет Я не уверен (-а)

Как зовут работодателя, который, по вашему мнению, дискриминировал вас?

Имя работодателя: _____

Адрес: _____

Город: _____ Штат: _____ Zip-код: _____

Номер телефону: _____

Это то место, где происходила дискриминация? Да Нет

Если нет, то где произошла дискриминация? _____

По каким признакам, по Вашему мнению, работодатель дискриминировал Вас?

Отметьте все подходящие варианты:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Раса | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация | <input type="checkbox"/> Запрос по поводу зарплаты | <input type="checkbox"/> Подача жалобы на дискриминацию |
| <input type="checkbox"/> Национальное происхождение | <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность | <input type="checkbox"/> Раскрытие информации о зарплате | <input type="checkbox"/> Обращение в гос. орган с жалобой на дискриминацию |
| <input type="checkbox"/> Цвет кожи | <input type="checkbox"/> Статус ветерана | <input type="checkbox"/> Другое: _____ | <input type="checkbox"/> Жалобы работодателю на дискриминацию |
| <input type="checkbox"/> Религия | <input type="checkbox"/> Инвалидность | | <input type="checkbox"/> Участие в расследовании OFCCP |
| <input type="checkbox"/> Пол (включая беременность) | <input type="checkbox"/> Обсуждение зарплаты | <input type="checkbox"/> Месть | <input type="checkbox"/> Участие в рассмотрении чужой жалобы |
| | | | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |

ЭТОТ ПРЕДВИТЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБОЙ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

Какая практика трудоустройства по вашему мнению была дискриминационной?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Увольнение или сокращение | <input type="checkbox"/> Неспособность обеспечить разумные условия для инвалидов или соблюдения религиозных убеждений, обрядов или практик | <input type="checkbox"/> Запрос или раскрытие информации о здоровье сотрудников |
| <input type="checkbox"/> Издевательства (включая нежелательное вербальное или физическое поведение) | <input type="checkbox"/> Льготы | <input type="checkbox"/> Поведение, которое может разумно помешать кому-либо противостоять дискриминации, выдвигать обвинения или участвовать в расследовании или судебном разбирательстве |
| <input type="checkbox"/> Прием на работу или продвижение по службе | <input type="checkbox"/> Профессиональная подготовка | |
| <input type="checkbox"/> Назначение | <input type="checkbox"/> Классификация | <input type="checkbox"/> Другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> Оплата труда (неравная заработная плата или компенсация) | <input type="checkbox"/> Рекомендация | |

Подавали ли вы это заявление о дискриминации в сфере занятости в другой федеральный или местный орган власти (например, в Комиссию по равным возможностям в сфере занятости или в местную/государственную Комиссию по справедливому трудоустройству и правам человека)?

- Да Нет Я не уверен (-а)

Если да, то какой орган? _____

Когда вы подали заявку? _____

Контактное лицо органа: _____

Номер телефона: _____

E-mail: _____

Номер дела (если известно): _____

Как вы узнали, что можете обратиться за помощью в OFCCP?

- Интернет Плакат Общественная организация Встреча/мероприятие OFCCP Брошюра
- Другое: _____

Заявление о конфиденциальности

Сбор информации с помощью этой формы разрешен юридическими органами OFCCP, а также разделом VII Закона о гражданских правах 1964 года (раздел VII) с поправками и разделом I Закона об американцах-инвалидах 1990 года (ADA) с поправками, применяемыми Комиссией по равным возможностям в области занятости (EEOC). OFCCP использует эту информацию, чтобы помочь вам определить, является ли OFCCP надлежащим органом для расследования вашей жалобы. **Предоставление этой информации в OFCCP - это не то же самое, что подача жалобы. Если вы не подадите жалобу на дискриминацию в течение указанного ниже срока, вы потеряете право на участие в программе OFCCP.** Собранная информация может быть раскрыта другим учреждениям, которые могут иметь юрисдикцию в отношении ваших утверждений, например, EEOC.

Предоставление этой информации является добровольным; однако непредоставление информации может задержать или помешать OFCCP помочь вам подать жалобу.

ЭТОТ ПРЕДВИТЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБОЙ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ

Заявление об общественном бремени

Ориентировочное время заполнения этой формы составляет 15 минут, включая время на ознакомление с инструкциями, заполнение формы и ее отправку в OFCCP. Обратите внимание, что вы не обязаны отвечать на этот сбор информации, если на нем не отображается текущий действительный контрольный номер ОМВ.

Если у вас есть комментарии по предполагаемому бремени или любому другому аспекту этой формы запроса перед подачей жалобы, включая предложения по снижению бремени, пожалуйста, отправьте их в Офис политики OFCCP (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Пожалуйста, не отправляйте заполненную форму предварительного запроса по этому адресу.**

ЭТОТ ПРЕДВИТЕЛЬНЫЙ ЗАПРОС НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБОЙ НА ДИСКРИМИНАЦИЮ