



涉及联邦承包商或分包商的就业歧视投诉前 查询表

预算办公室 (OMB) : 1250-0002

填写此表格前, 请阅读以下说明。

到期日: 2026 年 6 月 30 日

向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交投诉前查询表并不等同于提交歧视投诉

说明

如果您认为自己因种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、国籍、残疾、受保护退伍军人身份或询问、讨论或透露您或他人的薪酬而受到与联邦政府有业务往来的公司的歧视, 这种歧视是违法的。此外, 如果您认为雇主因您提交投诉前查询表或投诉、反对联邦合同执行计划办公室(OFCCP)认定的非法行为或做法、或协助或参与合规评估或投诉查询表而对您进行报复或采取消极雇用行为, 雇主的这种行为是违法的。

如果您认为自己在就业或申请就业时因种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、国籍、残疾、受保护退伍军人身份或询问、讨论或透露您或他人的薪酬而受到与联邦政府有业务往来的公司的歧视, 您可以联系联邦合同执行计划办公室(OFCCP)。如果您认为雇主因您提交投诉前查询表或投诉、反对联邦合同执行计划办公室(OFCCP)认定的非法行为或做法、或协助或参与合规评估或投诉查询表而对您进行报复或采取消极雇用行为, 或者您认为与联邦政府开展业务的公司违反了联邦合同执行计划办公室(OFCCP)承包商的其他义务, 您也可以联系联邦合同执行计划办公室(OFCCP)。您无需确定雇主是联邦承包商或分包商即可联系联邦合同执行计划办公室(OFCCP)或提交投诉前查询表。联邦合同执行计划办公室(OFCCP)可以提供有关您工作场所权利和保护的信息, 以告知您是否可向联邦合同执行计划办公室(OFCCP)提交投诉。

为了使联邦合同执行计划办公室(OFCCP)能够为您提供帮助, 请填写以下信息。联邦合同执行计划办公室(OFCCP)将审查您的查询表, 以确定联邦合同执行计划办公室(OFCCP)是否是处理此事的正确联邦机构。如果您有任何疑问或需要帮助, 请致电 1-800-397-6251 联系联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 帮助台。

重要截止日期

向联邦合同执行计划办公室(OFCCP)提交本查询表并不等同于提交歧视投诉。如果您没有在以下规定的时限内提交歧视投诉, 您将失去通过联邦合同执行计划办公室(OFCCP)进行投诉的权利。提交此查询表并不会延长提交投诉的期限。如果您需在 **60 天**或更短的时间提交投诉, 请访问联邦合同执行计划办公室(OFCCP)网站获取 **特别说明** (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>)。

基于您的种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同或国籍的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **180 天**内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP)提交。

指控因讨论、透露或询问薪酬而受到歧视的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **180 天**内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交。

基于您的残疾或受保护退伍军人身份的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **300 天**内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP)提交。

如何以及在哪里提交投诉前查询表?

要提交投诉前查询表, 请完整填写此表格。如果您不知道问题的答案, 请填写“不知道”。如果问题不适用, 请填写“不适用”

如果您是在线提交, 请完整填写表格后点击“提交”。如果您不是在线提交, 请通过邮寄、传真或电子邮件将填写好的表格发送给联邦合同执行计划办公室(OFCCP)。将表格递送至联邦合同执行计划办公室(OFCCP)地方办事处, 即涵盖事件发生地所在州。您也可以亲自到联邦合同执行计划办公室(OFCCP)办公室填写表格。地方办事处和每个办事处所涵盖的州的名单可在 [联邦合同执行计划办公室\(OFCCP\)网站](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm)上找到:

(<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm>)

您的联系信息

姓名 (名, 中间名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

您的紧急联系人信息

姓名 (名, 中间名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

如果您由律师、他人或组织代表, 请提供他们的联系信息:

姓名 (名, 中间名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

请提供最近一次您认为受到歧视或报复的日期

日期: _____

您认为歧视事件包含或影响了他人吗?

是 否 不确定

您认为歧视您的雇主是谁?

雇主名字: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____

这与歧视事件的发生地是同一地点吗? 是 否

如果否, 歧视发生地是哪里 _____

您认为雇主歧视您的依据是什么?

勾选所有适用项:

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 种族 | <input type="checkbox"/> 性别 (包括怀孕) | <input type="checkbox"/> 讨论薪酬 | <input type="checkbox"/> 报复 |
| <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 询问薪酬 | <input type="checkbox"/> 提交歧视投诉 |
| <input type="checkbox"/> 肤色 | <input type="checkbox"/> 性别认同 | <input type="checkbox"/> 透露薪酬 | <input type="checkbox"/> 联系政府机构投诉歧视 |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 受保护退伍军人身份 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | <input type="checkbox"/> 向雇主投诉歧视 |
| | <input type="checkbox"/> 残疾 | | <input type="checkbox"/> 参与联邦合同执行计划办公室 (OFCCP) 的调查 |
| | | | <input type="checkbox"/> 参与他人对工作歧视的投诉 |
| | | | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

您认为哪些雇用惯例是歧视性的？

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 免职、解雇或辞退 | <input type="checkbox"/> 未能为残疾或真挚的宗教信仰、信念或仪式提供合理的便利 | <input type="checkbox"/> 要求或披露员工的医疗信息 |
| <input type="checkbox"/> 骚扰（包括不受欢迎的言语或身体行为） | <input type="checkbox"/> 奖金 | <input type="checkbox"/> 可能合理地阻止关于某人反对歧视、提交指控或参与调查或诉讼的行为 |
| <input type="checkbox"/> 雇用或晋升 | <input type="checkbox"/> 岗位培训 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |
| <input type="checkbox"/> 分派工作 | <input type="checkbox"/> 分级 | |
| <input type="checkbox"/> 薪酬（不平等的工资或补偿） | <input type="checkbox"/> 引荐 | |

您是否向另一个联邦或地方机构（如平等就业机会委员会或州或地方公平就业或人权委员会）提交了就业歧视指控？

是 否 不确定

如果是，列出是哪个机构？ _____ 您是何时提交的？ _____

机构联系人姓名： _____ 电话： _____

电子邮箱： _____ 案件编号 (如已知)： _____

您是从何种方式了解到联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 可为您提供帮助？

互联网 海报 社区组织 联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 会议/活动 手册 其他：

隐私法声明

使用本表格收集信息的授权由联邦合同执行计划办公室（OFCCP）执行的法律机构以及经修订的 1964 年《民权法案》第七章（第七条）和经修订的 1990 年《美国残疾人法案》第一章（美国平等就业机会委员会）执行。联邦合同执行计划办公室（OFCCP）使用这些信息来帮助您确定联邦合同执行计划办公室（OFCCP）是否是调查您的投诉的正确机构。向联邦合同执行计划办公室（OFCCP）提供这些信息并不等同于提交投诉。如果您没有在上述时限内提交歧视投诉，您将失去通过联邦合同执行计划办公室（OFCCP）进行投诉的权利。收集到的信息可能会披露给对您的指控有管辖权的其他机构，如平等就业机会委员会。

提供这些信息是自愿的；但是，未能提供信息可能会延迟或阻碍联邦合同执行计划办公室（OFCCP）帮助您提交投诉。

公共负担声明

填写此表格的预计时间为 15 分钟，包括查看说明、填写表格并将其发送给联邦合同执行计划办公室（OFCCP）的时间。请注意，除非此信息显示当前有效的预算办公室（OMB）控制编号，否则您不需要对此信息作出回应。

如果您对本投诉前查询表的预计负担或任何其他方面有任何意见，包括减轻负担的建议，请将其发送至联邦合同执行计划办公室（OFCCP）政策部（1250-0002），地址：200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C.20210。请不要将填写好的投诉前查询表邮寄至此地址。