



## 涉及聯邦承包商或分包商的就業歧視投訴前查詢表

預算辦公室 (OMB) : 1250-0002

填寫此表格前, 請閱讀以下說明。

到期日: 2026 年 6 月 30 日 向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交投訴前查詢表並不同於提交歧視投訴

### 說明

如果您認為自己因種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾、受保護退伍軍人身份或詢問、討論或透露您或他人的薪酬而受到與聯邦政府有業務往來的公司的歧視, 這種歧視是違法的。此外, 如果您認為雇主因您提交投訴前查詢表或投訴、反對聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 認定的非法行為或做法、或協助或參與合規評估或投訴查詢表而對您進行報復或採取消極雇用行為, 雇主的這種行為是違法的。

如果您認為自己在就業或申請就業時因種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾、受保護退伍軍人身份或詢問、討論或透露您或他人的薪酬而受到與聯邦政府有業務往來的公司的歧視, 您可以聯繫聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP)。如果您認為雇主因您提交投訴前查詢表或投訴、反對聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 認定的非法行為或做法、或協助或參與合規評估或投訴查詢表而對您進行報復或採取消極雇用行為, 或者您認為與聯邦政府開展業務的公司違反了聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 承包商的其他義務, 您也可以聯繫聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP)。您無需確定雇主是聯邦承包商或分包商即可聯繫聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 或提交投訴前查詢表。聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 可以提供有關您工作場所權利和保護的資料, 以告知您是否可向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交投訴。

為了使聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 能夠為您提供說明, 請填寫以下資料。聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 將審查您的查詢表, 以確定聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 是否是處理此事的正確聯邦機構。如果您有任何疑問或需要幫助, 請致電 1-800-397-6251 聯繫聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 幫助台。

### 重要截止日期

向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交本查詢表並不同於提交歧視投訴。如果您沒有在以下規定的時限內提交歧視投訴, 您將失去通過聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 進行投訴的權利。提交此查詢表並不會延長提交投訴的期限。如果您需在 60 天或更短的時間提交投訴, 請訪問聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 網站獲取 [特別說明](http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions) (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>)。

基於您的種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同或國籍的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **180 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

指控因討論、透露或詢問薪酬而受到歧視的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **180 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

基於您的殘疾或受保護退伍軍人身份的投訴必須在雇主採取您認為是歧視或報復的行動後 **300 天**內向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提交。

### 如何以及在哪裡提交投訴前查詢表?

要提交投訴前查詢表, 請完整填寫此表格。如果您不知道問題的答案, 請填寫“不知道”。如果問題不適用, 請填寫“不適用”

如果您是線上提交, 請完整填寫表格後點擊“提交”。如果您不是線上提交, 請通過郵寄、傳真或電子郵件將填寫好的表格發送給聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP)。將表格遞送至聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 地方辦事處, 即涵蓋事件發生地所在州。您也可以親自到聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 辦公室填寫表格。地方辦事處和每個辦事處所涵蓋的州的名單可在 [聯邦合同執行計畫辦公室 \(OFCCP\) 網站](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) 上找到:

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

### 您的聯繫資料

姓名(名, 中間名, 姓): \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

### 您的緊急連絡人資料

姓名(名, 中間名, 姓): \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

**如果您由律師、他人或組織代表, 請提供他們的聯繫資料:**

姓名(名, 中間名, 姓): \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_ 電子郵箱: \_\_\_\_\_

### 請提供最近一次您認為受到歧視或報復的日期

日期: \_\_\_\_\_

### 您認為歧視事件包含或影響了他人嗎?

是  否  不確定

### 您認為歧視您的僱主是誰?

僱主名字: \_\_\_\_\_

街道地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵編: \_\_\_\_\_

電話號碼: \_\_\_\_\_

這與歧視事件的發生地是同一地點嗎?  是  否

如果否, 歧視發生地是哪裡 \_\_\_\_\_

### 您認為僱主歧視您的依據是什麼?

**勾選所有適用項:**

- |                                    |                                    |                                    |  |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 種族        | <input type="checkbox"/> 性取向       | <input type="checkbox"/> 詢問薪酬      | <input type="checkbox"/> 報復                        |
| <input type="checkbox"/> 國籍        | <input type="checkbox"/> 性別認同      | <input type="checkbox"/> 透露薪酬      | <input type="checkbox"/> 提交歧視投訴                    |
| <input type="checkbox"/> 膚色        | <input type="checkbox"/> 受保護退伍軍人身份 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | <input type="checkbox"/> 聯繫政府機構投訴歧視                |
| <input type="checkbox"/> 宗教        | <input type="checkbox"/> 殘疾        |                                    | <input type="checkbox"/> 向僱主投訴歧視                   |
| <input type="checkbox"/> 性別 (包括懷孕) | <input type="checkbox"/> 討論薪酬      |                                    | <input type="checkbox"/> 參與聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 的調查 |
|                                    |                                    |                                    | <input type="checkbox"/> 參與他人對工作歧視的投訴              |
|                                    |                                    |                                    | <input type="checkbox"/> 其他: _____                 |

### 您認為哪些雇用慣例是歧視性的？

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 免職、解雇或辭退           | <input type="checkbox"/> 未能為殘疾或真摯的宗教信仰、信念或儀式提供合理的便利 | <input type="checkbox"/> 要求或披露員工的醫療資料                    |
| <input type="checkbox"/> 騷擾（包括不受歡迎的言語或身體行為） | <input type="checkbox"/> 獎金                         | <input type="checkbox"/> 可能合理地阻止關於某人反對歧視、提交指控或參與調查或訴訟的行為 |
| <input type="checkbox"/> 雇用或晉升              | <input type="checkbox"/> 崗位培訓                       | <input type="checkbox"/> 其他：_____                        |
| <input type="checkbox"/> 分派工作               | <input type="checkbox"/> 分級                         |  |
| <input type="checkbox"/> 薪酬（不平等的工資或補償）      | <input type="checkbox"/> 引薦                         |  |

### 您是否向另一個聯邦或地方機構（如平等就業機會委員會或州或地方公平就業或人權委員會）提交了就業歧視指控？

是       否       不確定

如果是，列出是哪個機構？ \_\_\_\_\_ 您是何時提交的？ \_\_\_\_\_

機構連絡人姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

電子郵件： \_\_\_\_\_ 案件編號（如已知）： \_\_\_\_\_

### 您是從何種方式瞭解到聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 可為您提供幫助？

- 互聯網     海報     社區組織     聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 會議/活動     手冊  
 其他： \_\_\_\_\_

### 隱私法聲明

使用本表格收集資料的授權由聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 執行的法律機構以及經修訂的 1964 年《民權法案》第七章（第七條）和經修訂的 1990 年《美國殘疾人法案》第一章（美國平等就業機會委員會）執行。聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 使用這些資料來說明您確定聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 是否是調查您的投訴的正確機構。向聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 提供這些資料並不同於提交投訴。如果您沒有在上述時限內提交歧視投訴，您將失去通過聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 進行投訴的權利。收集到的資料可能會披露給對您的指控有管轄權的其他機構，如平等就業機會委員會。

提供這些信息是自願的；但是，未能提供資料可能會延遲或阻礙聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 幫助您提交投訴。

### 公共負擔聲明

填寫此表格的預計時間為 15 分鐘，包括查看說明、填寫表格並將其發送給聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 的時間。請注意，除非此資料顯示當前有效的預算辦公室 (OMB) 控制編號，否則您不需要對此資料作出回應。

如果您對本投訴前查詢表的預計負擔或任何其他方面有任何意見，包括減輕負擔的建議，請將其發送至聯邦合同執行計畫辦公室 (OFCCP) 政策部 (1250-0002)，地址：200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D. C. 20210。請不要將填寫好的投訴前查詢表郵寄至此地址。