



## Попередній запит щодо дискримінації у сфері зайнятості за участю федерального підрядника або субпідрядника

OMB: 1250-0002

Термін дії: 30.06.2026

Перед заповненням цієї форми прочитайте наведені нижче інструкції.

**Подання цієї форми до OFCCP - це не те ж саме, що подання скарги.**

### Інструкції

Компанії, які ведуть бізнес з федеральним урядом, не мають права дискримінувати вас за ознакою раси, кольору шкіри, релігії, статі, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, національного походження, інвалідності, статусу ветерана або через те, що ви запитували, розкривали або обговорювали вашу заробітну плату або, в певних випадках, заробітну плату інших заявників або працівників. Крім того, для цих компаній є незаконним мститися або іншим чином вживати проти вас негативних заходів щодо вашого працевлаштування, оскільки ви подали попередній запит або скаргу, виступали проти дій чи практик, визнаних органами OFCCP незаконними, або допомагали або брали участь в оцінці відповідності чи розслідуванні скарги.

Ви можете звернутися до OFCCP, якщо вважаєте, що зазнали дискримінації на роботі або при подачі заяви на працевлаштування від компанії яка веде бізнес з федеральним урядом через вашу расу, колір шкіри, релігію, стать, сексуальну орієнтацію, гендерну ідентичність, національне походження, інвалідність, статус ветерана, або за запитання, обговорення або розкриття вашої заробітної плати або заробітної плати інших осіб. Ви також можете зв'язатися з OFCCP, якщо ви вважаєте, що роботодавець помстився або іншим чином вжив проти вас негативних заходів щодо вашого працевлаштування, оскільки ви подали попередній запит або скаргу, виступали проти дій або практик, визнаних органами OFCCP незаконними, або допомагали або брали участь в оцінці відповідності або розслідуванні скарги, або якщо ви вважаєте, що компанія, яка веде бізнес з федеральним урядом, порушує інші зобов'язання підрядника OFCCP. Вам не потрібно точно знати, що роботодавець є федеральним підрядником або субпідрядником, щоб зв'язатися з OFCCP або подати попередній запит щодо скарги. OFCCP може надати інформацію про ваші права та захист на робочому місці, щоб визначити ваше рішення щодо подання скарги до OFCCP.

Щоб OFCCP мало можливість вам допомогти, заповніть подану нижче інформацію. OFCCP розгляне ваш запит, щоб визначити, чи є OFCCP відповідним федеральним агентством для вирішення цього питання. Якщо у вас є запитання або вам потрібна допомога, зверніться до довідкової служби OFCCP за номером 1-800-397-6251.

### Важливі терміни

**Надання цієї форми запиту до OFCCP не є поданням скарги. Якщо ви не подасте скаргу на дискримінацію протягом зазначених нижче строків, ви втратите свої права на проходження OFCCP. Надання цієї форми запиту не подовжує строк подання скарги. Якщо у вас є 60 днів або менше, щоб подати своєчасну скаргу, відвідайте веб-сайт OFCCP для отримання спеціальних вказівок (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).**

Скарги, пов'язані з вашою расою, кольором шкіри, релігією, статтю, сексуальною орієнтацією, гендерною ідентичністю або національним походженням, повинні бути подані до OFCCP протягом **180 днів після дій**, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

Скарги на дискримінацію за обговорення, розкриття або запит щодо оплати праці повинні бути подані до OFCCP протягом **180 днів після дій**, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

Скарги, що ґрунтуються на вашій інвалідності або статусі ветерана, повинні бути подані до OFCCP протягом **300 днів після дій**, вжитих роботодавцем, які, на вашу думку, були дискримінацією або помстою.

### Як і де подати попередній запит?

Щоб подати попередній запит, заповніть усі розділи цієї форми. Якщо ви не знаєте відповіді на запитання, напишіть "невідомо". Якщо питання не актуальне, напишіть "Н/А".

Якщо ви подаєте онлайн, заповніть поля та натисніть "Надіслати". Якщо ви не подаєте онлайн, надішліть заповнену форму до OFCCP поштою, факсом або електронною поштою. Надішліть форму до регіонального офісу OFCCP, який охоплює штат, де відбулися події. Ви також можете заповнити форму особисто в офісі OFCCP. Перелік регіональних офісів та штатів, які охоплює кожен офіс, можна [знайти на веб-сайті](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm) OFCCP: (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

**ЦЕЙ ПОПЕРЕДНІЙ ЗАПИТ НЕ Є СКАРГОЮ НА ДИСКРИМІНАЦІЮ**

**Як ми можемо зв'язатися з вами?**

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище): \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Місто: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Zip-код: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**З ким ми можемо зв'язатися, якщо ми не можемо зв'язатися з вами?**

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище): \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Місто: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Zip-код: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Якщо вас представляє адвокат, інша особа або організація, надайте їх контактну інформацію:**

Ім'я (Ім'я, по батькові, прізвище): \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Місто: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Zip-код: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Укажіть останню дату, коли, на вашу думку, ви зазнали дискримінації або помсти.**

Дата: \_\_\_\_\_

**Чи вважаєте ви, що ця дискримінація включає або впливає на інших?**

Так  Ні  Я не впевнений(-на)

**Як звати роботодавця, який, на вашу думку, дискримінував вас?**

Ім'я роботодавця: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Місто: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Zip-код: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

Це те саме місце, де сталася дискримінація? \_\_\_\_\_ Так \_\_\_\_\_ Ні

Якщо ні, то де відбулася дискримінація? \_\_\_\_\_

**За якою ознакою, на вашу думку, роботодавець дискримінував вас?**

**Позначте всі варіанти, що підходять:**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Раса                   | <input type="checkbox"/> Стать (включаючи вагітність) | <input type="checkbox"/> Запит щодо оплати               | зі скаргою на дискримінацію  |
| <input type="checkbox"/> Національне походження | <input type="checkbox"/> Сексуальна орієнтація        | <input type="checkbox"/> Розкриття інформації про оплату | <input type="checkbox"/> Скарги роботодавцю на дискримінацію               |
| <input type="checkbox"/> Колір шкіри            | <input type="checkbox"/> Гендерна ідентичність        | <input type="checkbox"/> Інше: _____                     | <input type="checkbox"/> Участь у розслідуванні OFCCP                      |
| <input type="checkbox"/> Релігія                | <input type="checkbox"/> Статус ветерана              | <input type="checkbox"/> Помста                          | <input type="checkbox"/> Участь у розгляді чужої скарги щодо дискримінації |
|   | <input type="checkbox"/> Інвалідність                 | <input type="checkbox"/> Подання скарги на дискримінацію | <input type="checkbox"/> Інше: _____                                       |
|   | <input type="checkbox"/> Обговорення оплати           | <input type="checkbox"/> Звернення до держ. органу       |  |

**ЦЕЙ ПОПЕРЕДНІЙ ЗАПИТ НЕ Є СКАРГОЮ НА ДИСКРИМІНАЦІЮ**

### Яка практика працевлаштування, на вашу думку, була дискримінаційною?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Звільнення або скорочення                                      | <input type="checkbox"/> Нездатність забезпечити розумне пристосування для інвалідів або щирого дотримання релігійних переконань, обрядів або практики | <input type="checkbox"/> Запит або розкриття медичної інформації працівників  |
| <input type="checkbox"/> Цькування (включаючи небажану вербальну або фізичну поведінку) | <input type="checkbox"/> Пільги  | <input type="checkbox"/> Поведінка, яка може обґрунтовано перешкоджати комусь протистояти дискримінації, подавати звинувачення або брати участь у розслідуванні або провадженні |
| <input type="checkbox"/> Прийом на роботу або просування по службі                      | <input type="checkbox"/> Професійна підготовка   |   |
| <input type="checkbox"/> Призначення  | <input type="checkbox"/> Класифікація  | <input type="checkbox"/> Інше: _____  |
| <input type="checkbox"/> Оплата праці (нерівна заробітна плата або компенсація)         | <input type="checkbox"/> Рекомендація  |   |

### Чи подавали ви цю заяву про дискримінацію у сфері зайнятості до іншого федерального або місцевого органу (наприклад, Комісії з рівних можливостей у сфері зайнятості або місцевої Комісії або Комісії штату з питань справедливої зайнятості та прав людини)?

- Так  Ні  Я не впевнений(-на)

Якщо так, то до якого органу? \_\_\_\_\_

Коли ви подали заявку? \_\_\_\_\_

Контактна особа органу: \_\_\_\_\_

Номер телефону: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Номер справи (якщо відомо): \_\_\_\_\_

### Як ви дізналися, що можете звернутися до OFCCP за допомогою?

- Інтернет  Об'ява  Громадська організація  Зустріч/захід OFCCP  Брошура
- Інше: \_\_\_\_\_

### Заява про конфіденційність

Збір інформації за допомогою цієї форми дозволяється юридичними органами OFCCP, а також розділом VII Закону про громадянські права 1964 року (розділ VII) зі змінами та розділом I Закону про американців з інвалідністю 1990 року (ADA) зі змінами, який застосовує Комісія з рівних можливостей у сфері зайнятості США (EEOC). OFCCP використовує цю інформацію, щоб допомогти вам визначити, чи є OFCCP відповідним органом для розслідування вашої скарги. **Надання цієї інформації до OFCCP - це не те ж саме, що подання скарги. Якщо ви не подасте скаргу на дискримінацію протягом зазначених нижче строків, ви втратите свої права на проходження OFCCP.** Зібрана інформація може бути розкрита іншим установам, які можуть мати юрисдикцію щодо ваших тверджень, наприклад, EEOC.

Надання цієї інформації є добровільним; однак ненадання інформації може затримати або перешкодити OFCCP допомогти вам подати скаргу.

**ЦЕЙ ПОПЕРЕДНІЙ ЗАПИТ НЕ Є СКАРГОЮ НА ДИСКРИМІНАЦІЮ**

## Заява про громадський тягар

Орієнтовний час для заповнення цієї форми становить 15 хвилин, включаючи час для перегляду інструкцій, заповнення форми та її надсилання до OFCCP. Зверніть увагу, що ви не зобов'язані відповідати на цей збір інформації, якщо він не відображає поточний дійсний контрольний номер OMB.

Якщо у вас є зауваження щодо розрахункового тягаря або будь-якого іншого аспекту цієї форми запиту до скарги, включаючи пропозиції щодо зменшення тягаря, надішліть їх до Відділу політики OFCCP (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **Будь ласка, не надсилайте заповнену форму попереднього запиту перед скаргою на цю адресу.**