



Une plainte impliquant une discrimination en matière d'emploi par un entrepreneur ou sous-traitant du gouvernement fédéral

OMB : 1250-0002
Expire le : 31/05/2023

Veillez lire les instructions suivantes avant de remplir ce formulaire.

Source

Réinitialiser le formulaire

Imprimer le formulaire

Comment pouvons-nous vous joindre ?	Nom (prénom, second prénom, nom de famille) : _____ Adresse postale : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____ Domicile ___ Travail ___ Cellulaire Email : _____ Avez-vous déposé ces allégations de discrimination en matière d'emploi auprès d'une autre agence fédérale ou locale ? _____ Oui _____ Non Si oui, veuillez fournir l'agence et la date à laquelle elles ont été déposées : _____ Nom du contact : _____ Numéro de téléphone : _____						
Qui pouvons-nous contacter si nous ne pouvons vous joindre ?	Nom (prénom, second prénom, nom de famille) : _____ Adresse postale : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____ Domicile ___ Travail ___ Cellulaire Email : _____						
Quel est le nom de l'employeur qui a, selon vous, exercé une discrimination ou des représailles injustes à votre égard.	Société Nom : _____ Adresse postale : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____ Veuillez indiquer la date et l'heure à laquelle la discrimination ou les représailles ont eu lieu : _____						
Pourquoi estimez-vous que votre employeur ait exercé de la discrimination ou des représailles contre vous ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> D'origine amérindienne ou autochtone de l'Alaska Veuillez indiquer l'affiliation tribale : _____ <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Origine nationale <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino-américain <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Couleur <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Sexe </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Orientation sexuelle <input type="checkbox"/> Identité sexuelle <input type="checkbox"/> Demander des informations quant au salaire <input type="checkbox"/> Discuter du salaire <input type="checkbox"/> Divulguer le salaire </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant protégé <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Représailles </td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> D'origine amérindienne ou autochtone de l'Alaska Veuillez indiquer l'affiliation tribale : _____ <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Origine nationale <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino-américain <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Couleur <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Sexe	<input type="checkbox"/> Orientation sexuelle <input type="checkbox"/> Identité sexuelle <input type="checkbox"/> Demander des informations quant au salaire <input type="checkbox"/> Discuter du salaire <input type="checkbox"/> Divulguer le salaire	<input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant protégé <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Représailles		
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> D'origine amérindienne ou autochtone de l'Alaska Veuillez indiquer l'affiliation tribale : _____ <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou Afro-américain <input type="checkbox"/> Natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Origine nationale <input type="checkbox"/> Hispanique ou latino-américain <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Couleur <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Sexe	<input type="checkbox"/> Orientation sexuelle <input type="checkbox"/> Identité sexuelle <input type="checkbox"/> Demander des informations quant au salaire <input type="checkbox"/> Discuter du salaire <input type="checkbox"/> Divulguer le salaire					
<input type="checkbox"/> Statut d'ancien combattant protégé <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Représailles							
Comment avez-vous appris que vous pouviez déposer une plainte auprès de l'OFCCP ? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Affiche <input type="checkbox"/> Organisation communautaire <input type="checkbox"/> Réunion/événement OFCCP <input type="checkbox"/> Brochure <input type="checkbox"/> Autre							

Votre plainte :

Veillez décrire ci-dessous ce que vous estimez que l'employeur a fait ou n'a pas fait qui, selon-vous, a causé une discrimination ou des représailles, incluant :

- Quelles mesures l'employeur a-t-il pris contre vous.
- La raison pour laquelle vous estimez que ces mesures étaient basées sur votre : race ; couleur ; religion ; sexe ; orientation sexuelle ; identité sexuelle ; origine nationale ; handicap ; statut d'ancien combattant ; et/ou demandes au sujet de, discussions, ou divulgations de votre salaire ou du salaire des autres ; et/ou en représailles pour avoir déposé une plainte, avoir participé à des procédures pour discrimination, pour avoir fait opposition à une discrimination illégale ou bien pour exercer n'importe lequel des autres droits de l'OFCCP.
- Le moment où l'employeur a pris ces mesures, là où elles sont survenues et la(les) personne(s) impliquée(s).
- Le préjudice, le cas échéant, que vous ou d'autres ont souffert en raison de la discrimination ou des représailles alléguées.
- L'explication, le cas échéant, offerte par votre employeur ou par les personnes représentant votre employeur pour leurs faits et gestes.
- Quelle autre personne se trouvait dans la même situation que vous et comment a-t-elle été traitée. Veuillez inclure les informations au sujet de la race, couleur, religion, sexe, orientation sexuelle, identité sexuelle, origine nationale, handicap ou statut protégé de ces personnes, si vous le connaissez.
- Quelles informations disposez-vous au sujet des contrats fédéraux obtenus par la société en question au moment de la discrimination ou des représailles décrites dans la plainte.

<p>Estimez-vous que la discrimination inclue ou a une incidence sur les autres ?</p>	<p>Estimez-vous que d'autres employés ou candidats ont été traités de la même façon que vous ? _____ Oui _____ Non</p>
<p>Avez-vous un avocat ou un autre représentant ?</p>	<p>Si vous êtes représenté par un avocat, une autre personne ou une organisation, veuillez alors fournir leurs coordonnées ci-dessous.</p> <p>Nom (prénom, second prénom, nom de famille) : _____</p> <p>Adresse postale : _____</p> <p>Ville : _____ État : _____ Code postal : _____</p> <p>Numéro de téléphone : _____ Email : _____</p> <p>Qui devrions-nous contacter si nous avons d'informations supplémentaires au sujet de votre description des événements ? _____ Vous _____ Votre représentant</p>
<p>Signature et vérification</p>	<p>Je déclare, sous peine de parjure, que les informations ci-dessus sont véridiques et exactes au meilleur de mes connaissances. Une fausse déclaration délibérée est sanctionnée par la loi.</p> <p>J'autorise par les présentes la divulgation de mes informations médicales nécessaires pour la présente enquête.</p> <p>Signature du plaignant : _____ Date : _____</p>