



Beschwerde wegen Diskriminierung am Arbeitsplatz durch einen Auftragnehmer oder Unterauftragnehmer der US-Bundesregierung

OMB: 1250-0002
Läuft aus am: 31.05.2023

Bitte lesen Sie die Anweisungen, bevor Sie dieses Formular ausfüllen.

Einreichen

Formular zurücksetzen

Formular drucken

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| Wie können wir Sie erreichen? | Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____ Adresse: _____ Ort (*) US-Bundesstaat (*) Postleitzahl: _____ Telefonnummer: _____ Privat _____ Geschäftlich _____ Mobiltelefon E-Mail-Adresse: _____ Haben Sie diese Vorwürfe der Diskriminierung am Arbeitsplatz bei einer anderen Bundes- oder Kommunalbehörde eingereicht? _____ Ja _____ Nein Wenn ja, geben Sie die Behörde und das Datum der Einreichung an: _____ Kontaktname: _____ Telefonnummer: _____ | | | | |
| An wen können wir uns wenden, wenn wir Sie nicht erreichen können? | Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____ Adresse: _____ Ort (*) US-Bundesstaat (*) Postleitzahl: _____ Telefonnummer: _____ Privat _____ Geschäftlich _____ Mobiltelefon E-Mail-Adresse: _____ | | | | |
| Wie ist der Name des Arbeitgebers, von dem Sie glauben, dass er Sie diskriminiert oder Vergeltungsmaßnahmen gegen Sie ergriffen hat? | Firma Name: _____ Adresse: _____ Ort (*) US-Bundesstaat (*) Postleitzahl: _____ Telefonnummer: _____ Geben Sie das Datum/die Daten und die Zeiten ein, zu denen Sie glauben, dass Sie diskriminiert wurden oder Vergeltungsmaßnahmen gegen Sie ergriffen wurden: _____ | | | | |
| Warum glauben Sie, dass Ihr Arbeitgeber Sie diskriminiert oder Vergeltungsmaßnahmen gegen Sie ergriffen hat? | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Rasse <input type="checkbox"/> Nordamerikanischer Ureinwohner oder Ureinwohner von Alaska Stammeszugehörigkeit angeben: _____ <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner von Hawaii oder anderer pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß</td><td><input type="checkbox"/> Nationale Herkunft <input type="checkbox"/> Hispano- oder Lateinamerikaner <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Hautfarbe <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Geschlecht</td><td><input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> Anfrage zum Gehalt <input type="checkbox"/> Diskussion zum Gehalt <input type="checkbox"/> Offenlegung des Gehalts</td><td><input type="checkbox"/> Geschützter Veteranenstatus <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Vergeltungsmaßnahme</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Rasse <input type="checkbox"/> Nordamerikanischer Ureinwohner oder Ureinwohner von Alaska Stammeszugehörigkeit angeben: _____ <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner von Hawaii oder anderer pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß | <input type="checkbox"/> Nationale Herkunft <input type="checkbox"/> Hispano- oder Lateinamerikaner <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Hautfarbe <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Geschlecht | <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> Anfrage zum Gehalt <input type="checkbox"/> Diskussion zum Gehalt <input type="checkbox"/> Offenlegung des Gehalts | <input type="checkbox"/> Geschützter Veteranenstatus <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Vergeltungsmaßnahme |
| <input type="checkbox"/> Rasse <input type="checkbox"/> Nordamerikanischer Ureinwohner oder Ureinwohner von Alaska Stammeszugehörigkeit angeben: _____ <input type="checkbox"/> Asiatisch <input type="checkbox"/> Schwarz oder Afroamerikaner <input type="checkbox"/> Ureinwohner von Hawaii oder anderer pazifische Insulaner <input type="checkbox"/> Weiß | <input type="checkbox"/> Nationale Herkunft <input type="checkbox"/> Hispano- oder Lateinamerikaner <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Hautfarbe <input type="checkbox"/> Religion <input type="checkbox"/> Geschlecht | <input type="checkbox"/> Sexuelle Orientierung <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentität <input type="checkbox"/> Anfrage zum Gehalt <input type="checkbox"/> Diskussion zum Gehalt <input type="checkbox"/> Offenlegung des Gehalts | <input type="checkbox"/> Geschützter Veteranenstatus <input type="checkbox"/> Behinderung <input type="checkbox"/> Vergeltungsmaßnahme | | |
| Wie haben Sie erfahren, dass Sie eine Beschwerde bei OFCCP einreichen können? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsorganisation <input type="checkbox"/> OFCCP-Meeting/-Event <input type="checkbox"/> Broschüre <input type="checkbox"/> Sonstige | | | | | |

Ihre Beschwerde:

Bitte beschreiben Sie im Folgenden, was der Arbeitgeber Ihrer Meinung nach getan oder nicht getan hat, das Ihrer Meinung nach zu Diskriminierung oder Vergeltungsmaßnahmen geführt hat, einschließlich:

- Welche Maßnahmen der Arbeitgeber gegen Sie ergriffen hat.
- Warum Sie glauben, dass diese Handlungen auf folgenden Gründen beruhen: Rasse, Hautfarbe, Religion, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, nationale Herkunft, Behinderung, Veteranenstatus und/oder Anfragen, Diskussionen oder Offenlegung Ihres Gehalts oder des Gehalts anderer und/oder als Vergeltung für das Einreichen einer Beschwerde, die Teilnahme an Diskriminierungsverfahren, den Widerstand gegen unrechtmäßige Diskriminierung oder die Ausübung anderer durch das OFCCP geschützter Rechte.
- Wann die Handlungen des Arbeitgebers stattfanden, wo sie stattfanden und wer daran beteiligt war.
- Welchen Schaden Sie oder andere, wenn überhaupt, durch die behauptete Diskriminierung oder Vergeltung erlitten haben.
- Welche Erklärung, falls vorhanden, Ihr Arbeitgeber oder die Personen, die Ihren Arbeitgeber vertreten, für ihre Handlungen gegeben haben.
- Wer sich in der gleichen oder einer ähnlichen Situation wie Sie befand und wie sie behandelt wurden. Geben Sie Informationen wie Rasse, Hautfarbe, Religion, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, nationale Herkunft, Behinderung oder Schutzstatus dieser Personen an, sofern bekannt.
- Welche Informationen Sie über Verträge mit der US-Bundesregierung haben, über die die Firma, für die Sie gearbeitet haben, zum Zeitpunkt der Diskriminierung oder Vergeltung verfügte, die Sie in dieser Beschwerde beschreiben.

| | |
|--|---|
| <p>Denken Sie, dass die Diskriminierung andere einschließt oder betrifft?</p> | <p>Glauben Sie, dass andere Mitarbeiter oder Bewerber genauso behandelt wurden wie Sie oben beschrieben haben? _____ Ja _____ Nein</p> |
| <p>Haben Sie einen Anwalt oder einen anderen Vertreter?</p> | <p>Wenn Sie von einem Anwalt, einer anderen Person oder Organisation vertreten werden, geben Sie bitte deren Kontaktinformationen unten an.</p> <p>Name (Vorname, zweiter Vorname, Nachname): _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Ort (*) US-Bundesstaat (*) Postleitzahl: _____</p> <p>Telefonnummer: _____ E-Mail-Adresse: _____</p> <p>An wen können wir uns wenden, wenn wir weitere Informationen zu Ihrer Beschreibung des Vorfalls benötigen? _____ Sie _____ Ihren Vertreter</p> |
| <p>Unterschrift und Bestätigung</p> | <p>Ich erkläre unter Strafe des Meineids, dass die oben angegebenen Informationen nach bestem Wissen und Gewissen wahr und richtig sind. Eine vorsätzliche falsche Aussage ist strafbar.</p> <p>Hiermit genehmige ich die Freigabe aller für diese Untersuchung erforderlichen medizinischen Informationen.</p> <p>Unterschrift des Beschwerdeführers: _____ Datum: _____</p> |