



連邦請負業者または下請業者による雇用差別に関する苦情

このフォームに記入する前に説明をお読みください。

OMB : 1250-0002

有効期限 : 5/31/2023

提出

フォームをリセット

フォームを印刷

<p>連絡先情報</p>	<p>名前 (名、ミドル、姓) : _____</p> <p>所在地住所 : _____</p> <p>市 : _____ 州 : _____ 郵便番号 : _____</p> <p>電話番号 : _____ 自宅 _____ 勤務先 _____ 携帯 _____</p> <p>電子メール : _____</p> <p>これらの雇用差別の申し立てを他の連邦政府関係機関または地方行政機関に提出しましたか? _____ はい _____ いいえ</p> <p>「はい」の場合、提出した機関と日付を入力してください: _____</p> <p>連絡先名 : _____ 電話番号 : _____</p>																								
<p>あなたと連絡が取れない場合の連絡先</p>	<p>名前 (名、ミドル、姓) : _____</p> <p>所在地住所 : _____</p> <p>市 : _____ 州 : _____ 郵便番号 : _____</p> <p>電話番号 : _____ 自宅 _____ 勤務先 _____ 携帯 _____</p> <p>電子メール : _____</p>																								
<p>差別を受けたまたは報復されたと思う雇用主の名前を入力してください</p>	<p>会社氏名 : _____</p> <p>所在地住所 : _____</p> <p>市 : _____ 州 : _____ 郵便番号 : _____</p> <p>電話番号 : _____</p> <p>差別を受けたまたは報復されたと思う日付と時刻を入力してください</p> <p>_____</p>																								
<p>雇用主があなたを差別または報復したと思う理由</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人種</td> <td><input type="checkbox"/> 国籍</td> <td><input type="checkbox"/> 性的指向</td> <td><input type="checkbox"/> 退役軍人で保護を受ける立場</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民部族の所属を入力: _____</td> <td><input type="checkbox"/> スペイン系アメリカ人またはラテン・アメリカ系アメリカ人</td> <td><input type="checkbox"/> 性同一性</td> <td><input type="checkbox"/> 身体的障害</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> アジア人</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td><input type="checkbox"/> 賃金に関する問い合わせ</td> <td><input type="checkbox"/> 報復</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人</td> <td><input type="checkbox"/> 肌の色</td> <td><input type="checkbox"/> 賃金に関する相談</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島の島民</td> <td><input type="checkbox"/> 宗教</td> <td><input type="checkbox"/> 賃金の公開</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> <td><input type="checkbox"/> 性別</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 国籍	<input type="checkbox"/> 性的指向	<input type="checkbox"/> 退役軍人で保護を受ける立場	<input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民部族の所属を入力: _____	<input type="checkbox"/> スペイン系アメリカ人またはラテン・アメリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 性同一性	<input type="checkbox"/> 身体的障害	<input type="checkbox"/> アジア人	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 賃金に関する問い合わせ	<input type="checkbox"/> 報復	<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 肌の色	<input type="checkbox"/> 賃金に関する相談		<input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島の島民	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 賃金の公開		<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 性別		
<input type="checkbox"/> 人種	<input type="checkbox"/> 国籍	<input type="checkbox"/> 性的指向	<input type="checkbox"/> 退役軍人で保護を受ける立場																						
<input type="checkbox"/> アメリカ先住民またはアラスカ先住民部族の所属を入力: _____	<input type="checkbox"/> スペイン系アメリカ人またはラテン・アメリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 性同一性	<input type="checkbox"/> 身体的障害																						
<input type="checkbox"/> アジア人	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 賃金に関する問い合わせ	<input type="checkbox"/> 報復																						
<input type="checkbox"/> 黒人またはアフリカ系アメリカ人	<input type="checkbox"/> 肌の色	<input type="checkbox"/> 賃金に関する相談																							
<input type="checkbox"/> ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島の島民	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 賃金の公開																							
<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 性別																								
<p>OFCCP に苦情を申し立てることができることをどこで知りましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> コミュニティ組織 <input type="checkbox"/> OFCCP のミーティング/イベント</p> <p><input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> その他</p>																									

あなたの申し立て：

以下に、差別や報復につながったと思う、雇用主が行った行為、または行わなかった行為について以下の内容を含め説明してください。

- 雇用主があなたに対して行った行動。
- これらの行動があなたの人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、身体的障害、軍役経験の有無に基づくもの、賃金に関する問い合わせ、協議、または自分の賃金や他人の賃金を公開したことによるもの、あるいは苦情を申し立てたこと、差別訴訟に参加したこと、違法な差別に反対したこと、または OFCCP によって保護されている他の権利を行使したことに対する報復によるものであると信じる理由
- 雇用主の行為が行われた時期、場所、関与した人。
- 差別や報復と疑われる行為により、あなたや他の人が被った被害（ある場合）。
- あなたの雇用主、または雇用主の代理人となる者が、その行動に対してどのような説明をしたか。
- あなたと同じまたは類似する状況にいた人、およびその人がどのように扱われていたか。その人たちの人種、肌の色、宗教、性別、性的指向、性同一性、国籍、身体的障害、保護状態などの情報を記載してください。
- この申し立てに記載されている差別や報復が行われたときに、あなたが勤めていた会社の連邦契約についてあなたが知っている情報。

その差別には他の人も含まれている、または他の人にも影響を及ぼしていると思いますか。

他の従業員または応募者が上記の内容と同じように扱われたと思いますか？

_____ はい _____ いいえ

弁護士または他の代理人はいまいますか。

弁護士、他の人、または組織が代理人を務めている場合は、以下に連絡先情報を入力してください。

名前（名、ミドル、姓）： _____

所在地住所： _____

市： _____ 州： _____ 郵便番号： _____

電話番号： _____ 電子メール： _____

発生した問題の内容についてさらに情報が必要な場合は、誰に連絡すればよいですか？ _____ あなた _____ 代理人

署名と確認

私は、偽りの場合には偽証罪に問われることを承知の上で、上記の情報が真実であり、私の知識または信念の限りにおいて正確であることを宣言します。故意の虚偽陳述は法律で罰せられます。

私はここに、この調査に必要な医療情報の公開を許可します。

申立人の署名： _____ 日付： _____