



연방정부 계약업체 또는 하청업체에 의한 고용 차별 관련 불만

이 양식을 작성하기 전에 지침을 읽으십시오.

OMB: 1250-0002

만료: 2023년 5월 31일

제출

양식 초기화

양식 인쇄

<p>어떻게 연락할 수 있습니까?</p>	<p>이름(이름, 중간 이름, 성): _____</p> <p>번지 주소: _____</p> <p>시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>전화번호: _____ 집 _____ 직장 _____ 휴대폰 _____</p> <p>이메일: _____</p> <p>이러한 고용 차별 혐의에 대한 불만을 다른 연방 또는 지방 기관에 제기했습니까? _____ 에 _____ 아니요</p> <p>그렇다면, 불만을 제기한 기관과 날짜를 입력하십시오: _____</p> <p>연락처 이름: _____ 전화번호: _____</p>				
<p>귀하와 연락이 되지 않으면 누구에게 연락할 수 있습니까?</p>	<p>이름(이름, 중간 이름, 성): _____</p> <p>번지 주소: _____</p> <p>시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>전화번호: _____ 집 _____ 직장 _____ 휴대폰 _____</p> <p>이메일: _____</p>				
<p>차별이나 보복 조치를 했다고 생각하는 고용주의 이름은 무엇입니까?</p>	<p>회사 이름: _____</p> <p>번지 주소: _____</p> <p>시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>전화번호: _____</p> <p>차별을 받거나 보복을 당했다고 생각되는 날짜와 시간을 알려주십시오: _____</p>				
<p>왜 고용주가 귀하를 차별하거나 보복했다고 생각하십니까?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 인종 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 소속 부족 표시: _____ <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인 </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 국적 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 피부색 <input type="checkbox"/> 종교 <input type="checkbox"/> 성별 </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 성적 취향 <input type="checkbox"/> 성 정체성 <input type="checkbox"/> 임금에 대해 문의 <input type="checkbox"/> 임금 논의 <input type="checkbox"/> 임금 공개 </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <input type="checkbox"/> 보호받는 재향군인 신분 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 보복 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 인종 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 소속 부족 표시: _____ <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 국적 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 피부색 <input type="checkbox"/> 종교 <input type="checkbox"/> 성별	<input type="checkbox"/> 성적 취향 <input type="checkbox"/> 성 정체성 <input type="checkbox"/> 임금에 대해 문의 <input type="checkbox"/> 임금 논의 <input type="checkbox"/> 임금 공개	<input type="checkbox"/> 보호받는 재향군인 신분 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 보복
<input type="checkbox"/> 인종 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 소속 부족 표시: _____ <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양섬 주민 <input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 국적 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴계 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 피부색 <input type="checkbox"/> 종교 <input type="checkbox"/> 성별	<input type="checkbox"/> 성적 취향 <input type="checkbox"/> 성 정체성 <input type="checkbox"/> 임금에 대해 문의 <input type="checkbox"/> 임금 논의 <input type="checkbox"/> 임금 공개	<input type="checkbox"/> 보호받는 재향군인 신분 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 보복		
<p>OFCCP에 불만을 제기할 수 있다는 것을 어떻게 알게 되었습니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 포스터 <input type="checkbox"/> 커뮤니티 조직 <input type="checkbox"/> OFCCP 미팅/이벤트 <input type="checkbox"/> 브로셔 <input type="checkbox"/> 기타</p>					

귀하의 불만 사항:

다음에 포함하여 고용주의 행위나 조치가 차별이나 보복이라고 생각하는 사항을 아래에 기술하십시오.

- 고용주가 귀하에게 취한 조치.
- 그러한 조치가 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 국적, 장애, 재향군인 신분에 근거했다고 생각하는 이유 및/또는 귀하의 급여 또는 다른 사람의 급여에 관한 문의, 토론 또는 공개 및/또는 불만 제기, 차별 소송 참여, 불법 차별 반대 또는 OFCCP에 의해 보호되는 기타 권리 행사에 대한 보복.
- 고용주의 조치가 발생한 시간, 발생한 장소 및 관련된 사람.
- 차별이나 보복 혐의로 인해 귀하나 다른 사람이 겪은 피해.
- 고용주 또는 고용주를 대리하는 사람들이 그들의 조치에 대해 제시한 설명.
- 귀하와 동일하거나 유사한 상황에 처한 사람과 그들이 받은 처우. 알려진 경우 인종, 피부색, 종교, 성별, 성적 취향, 성 정체성, 국적, 장애 또는 보호받는 신분과 같은 정보를 포함하십시오.
- 이 불만 사항에 기술된 차별이나 보복이 행해질 당시 귀하가 근무한 회사와 연방정부 계약에 대해 가지고 있는 정보.

<p>차별이 다른 사람들을 포함하거나 영향을 미친다고 생각하십니까?</p>	<p>다른 직원이나 구직자가 위에서 설명한 것과 같은 방식으로 대우받았다고 생각하십니까? _____ 에 _____ 아니요</p>
<p>변호사나 다른 대리인이 있습니까?</p>	<p>변호사, 다른 사람 또는 조직을 대리인으로 삼은 경우 아래 연락처 정보를 제공하십시오.</p> <p>이름(이름, 중간 이름, 성): _____</p> <p>번지 주소: _____</p> <p>시: _____ 주: _____ 우편번호: _____</p> <p>전화번호: _____ 이메일: _____</p> <p>발생한 문제에 대한 자세한 설명이 필요한 경우 누구에게 연락해야 합니까? _____ 귀하 _____ 귀하의 대리인</p>
<p>서명 및 확인</p>	<p>본인은 위증시 처벌을 받으며 위에 제공된 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 선언합니다. 고의적인 허위 진술은 법률에 의해 처벌을 받을 수 있습니다.</p> <p>본인은 이 조사에 필요한 모든 의료 정보의 공개를 승인합니다.</p> <p>불만 제기자 서명: _____ 날짜: _____</p>