



Жалоба в связи с дискриминацией на рабочем месте со стороны подрядчика или субподрядчика с федеральным контрактом

№ OMB: 1250-0002

Срок действия: 31/5/2023 г.

Перед тем, как заполнить форму, прочтите инструкции.

Отправить

Сброс формы

Печать формы

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|
| Как с вами связаться? | Полное имя (имя, второе имя, фамилия): _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____ Домашний _____ Рабочий _____ Мобильный Электронная почта: _____ Направляли ли вы информацию о предполагаемой дискриминации на рабочем месте в другие компетентные организации федерального или местного уровня? _____ Да _____ Нет Если да, укажите название организации и дату передачи информации: _____ Контактное лицо: _____ Телефон: _____ | | | | |
| С кем еще можно связаться в случае, если мы не можем связаться с вами? | Полное имя (имя, второе имя, фамилия): _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____ Домашний _____ Рабочий _____ Мобильный Электронная почта: _____ | | | | |
| Укажите название работодателя, который, по вашему мнению, подверг вас дискриминации, | Компания Название: _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____ Укажите дату(-ы) и время, в которые, по вашему мнению, вы подверглись дискриминации, или же против вас были приняты ответные меры: _____ | | | | |
| Почему вы полагаете, что ваш работодатель подверг вас дискриминации или принял против вас ответные меры? | <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Раса <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски Укажите принадлежность к племени: _____ <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый</td><td><input type="checkbox"/> Национальность <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Цвет кожи <input type="checkbox"/> Религиозные убеждения <input type="checkbox"/> Пол</td><td><input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность <input type="checkbox"/> Вопросы в отношении оплаты труда <input type="checkbox"/> Обсуждение оплаты труда <input type="checkbox"/> Раскрытие информации об оплате труда</td><td><input type="checkbox"/> Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Ответные меры</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Раса <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски Укажите принадлежность к племени: _____ <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Национальность <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Цвет кожи <input type="checkbox"/> Религиозные убеждения <input type="checkbox"/> Пол | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность <input type="checkbox"/> Вопросы в отношении оплаты труда <input type="checkbox"/> Обсуждение оплаты труда <input type="checkbox"/> Раскрытие информации об оплате труда | <input type="checkbox"/> Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Ответные меры |
| <input type="checkbox"/> Раса <input type="checkbox"/> Американский индеец или коренной житель Аляски Укажите принадлежность к племени: _____ <input type="checkbox"/> Лицо азиатского происхождения <input type="checkbox"/> Чернокожий или афроамериканец <input type="checkbox"/> Уроженец Гавайских островов или других островов Тихого океана <input type="checkbox"/> Белый | <input type="checkbox"/> Национальность <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Цвет кожи <input type="checkbox"/> Религиозные убеждения <input type="checkbox"/> Пол | <input type="checkbox"/> Сексуальная ориентация <input type="checkbox"/> Гендерная идентичность <input type="checkbox"/> Вопросы в отношении оплаты труда <input type="checkbox"/> Обсуждение оплаты труда <input type="checkbox"/> Раскрытие информации об оплате труда | <input type="checkbox"/> Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран) <input type="checkbox"/> Инвалидность <input type="checkbox"/> Ответные меры | | |
| Как вы узнали о том, что можете подать жалобу в OFCCP? | <input type="checkbox"/> Из интернета <input type="checkbox"/> Из информации на плакате <input type="checkbox"/> От сотрудников общественной организации <input type="checkbox"/> На встрече/мероприятии OFCCP <input type="checkbox"/> Из брошюры <input type="checkbox"/> Из других источников | | | | |

Ваша жалоба:

Опишите ниже действия или бездействие работодателя, которые, по вашему мнению, носили дискриминационный характер или указывали на принятие ответных мер, в частности, укажите:

- Какие действия работодатель предпринял против вас?
- Почему вы полагаете, что эти действия имели отношение к вашим: расе, цвету кожи, вероисповеданию, полу, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национальности, инвалидности, статусу ветерана, и/или вопросам, обсуждению или раскрытию информации об оплате труда, относящейся к вам или другим сотрудникам, и/или были предприняты в качестве ответной меры за подачу вами жалобы, участие в расследовании в отношении дискриминации, противодействие незаконной дискриминации или пользование любыми другими правами, защищенными OFCCP?
- Когда и где и с участием кого имели место действия работодателя?
- Какой вред, если он был нанесен, причинили действия предположительно дискриминационного характера или ответные меры вам или другим лицам?
- Какие разъяснения, если таковые были, были предложены работодателем или его представителями в отношении указанных действий.
- Знаете ли вы кого бы то ни было, кто побывал в подобной ситуации, и как к нему/ней отнеслись. Приведите информацию о расовой принадлежности, цвете кожи, вероисповедании, поле, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национальности, инвалидности или принадлежности к категории защищенных лиц этого лица, если она вам известна.
- Приведите известную вам информацию о федеральных контрактах, заключенных компанией, на которую вы работали в то время, когда имели место описанные вами дискриминационные действия или ответные меры.

| | |
|--|---|
| <p>Полагаете ли вы, что проявления дискриминации распространяются или влияют на других лиц?</p> | <p>Полагаете ли вы, что к другим работникам или претендентам на рабочие места относились также, как вы описали выше? _____ Да _____ Нет</p> |
| <p>Есть ли у вас адвокат или представитель?</p> | <p>Если вас представляет адвокат, другой представитель или организация, приведите контактную информацию ниже.</p> <p>Полное имя (имя, второе имя, фамилия): _____</p> <p>Адрес: _____</p> <p>Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____</p> <p>Телефон: _____ Электронная почта: _____</p> <p>К кому нам следует обратиться для получения дополнительной информации о случившемся? ____ К вам ____ К представителю</p> |
| <p>Подпись и декларация</p> | <p>Под страхом наказания за предоставление ложной информации я заявляю, что вся приведенная выше информация, насколько мне известно, является точной и достоверной. Намеренное предоставление ложной информации карается законом. Настоящим я даю разрешение на раскрытие любой моей информации медицинского характера, необходимой для расследования.</p> <p>Подпись лица, подающего жалобу: _____ Дата: _____</p> |