



# 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

<b>Как с вами связаться?</b>	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: _____				
<b>С кем еще можно связаться в случае, если мы не можем связаться с вами?</b>	Полное имя (имя, второе имя, фамилия): _____ Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____ Телефон: _____ Домашний _____ Рабочий _____ Мобильный Электронная почта: _____				
<b>Укажите название работодателя, который, по вашему мнению, подверг вас дискриминации,</b>	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: _____				
<b>Почему вы полагаете, что ваш работодатель подверг вас дискриминации или принял против вас ответные меры?</b>	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> <b>Раса</b> <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"/> <b>Национальность</b> <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> <b>Цвет кожи</b> <input type="checkbox"/> <b>Религиозные убеждения</b> <input type="checkbox"/> <b>Пол</b></td><td><input type="checkbox"/> <b>Сексуальная ориентация</b> <input type="checkbox"/> <b>Гендерная идентичность</b> <input type="checkbox"/> <b>Вопросы в отношении оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Обсуждение оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Раскрытие информации об оплате труда</b></td><td><input type="checkbox"/> <b>Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран)</b> <input type="checkbox"/> <b>Инвалидность</b> <input type="checkbox"/> <b>Ответные меры</b></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> <b>Раса</b> <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"/> <b>Национальность</b> <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> <b>Цвет кожи</b> <input type="checkbox"/> <b>Религиозные убеждения</b> <input type="checkbox"/> <b>Пол</b>	<input type="checkbox"/> <b>Сексуальная ориентация</b> <input type="checkbox"/> <b>Гендерная идентичность</b> <input type="checkbox"/> <b>Вопросы в отношении оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Обсуждение оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Раскрытие информации об оплате труда</b>	<input type="checkbox"/> <b>Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран)</b> <input type="checkbox"/> <b>Инвалидность</b> <input type="checkbox"/> <b>Ответные меры</b>
<input type="checkbox"/> <b>Раса</b> <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"/> <b>Национальность</b> <input type="checkbox"/> Лицо латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> <b>Цвет кожи</b> <input type="checkbox"/> <b>Религиозные убеждения</b> <input type="checkbox"/> <b>Пол</b>	<input type="checkbox"/> <b>Сексуальная ориентация</b> <input type="checkbox"/> <b>Гендерная идентичность</b> <input type="checkbox"/> <b>Вопросы в отношении оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Обсуждение оплаты труда</b> <input type="checkbox"/> <b>Раскрытие информации об оплате труда</b>	<input type="checkbox"/> <b>Принадлежность к категории защищенных лиц (ветеран)</b> <input type="checkbox"/> <b>Инвалидность</b> <input type="checkbox"/> <b>Ответные меры</b>		
<b>Как вы узнали о том, что можете подать жалобу в OFCCP?</b>	<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><b>Полагаете ли вы, что проявления дискриминации распространяются или влияют на других лиц?</b></p>	<p>Полагаете ли вы, что к другим работникам или претендентам на рабочие места относились также, как вы описали выше?      _____ Да      _____ Нет</p>
<p><b>Есть ли у вас адвокат или представитель?</b></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><b>Подпись и декларация</b></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>