



涉及联邦政府承包商或分包商就业歧视的投诉

请在填写这份表格前阅读说明。

OMB: 1250-0002

到期日期: 2023年5月31日

提交

重置表格

打印表格

您的联系方式?	姓名(名字、中名、姓氏): _____ 街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 电话号码: _____ 家庭电话 _____ 工作电话 _____ 手机 _____ 电子邮件: _____ 您是否向另一家联邦或地方机构提出过这些关于就业歧视的投诉? _____ 是 _____ 否 如果是, 填写机构名称和投诉日期: _____ 联系人姓名: _____ 电话号码: _____																								
如果我们联系不到您, 还能联系谁?	姓名(名字、中名、姓氏): _____ 街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 电话号码: _____ 家庭电话 _____ 工作电话 _____ 手机 _____ 电子邮件: _____																								
您认为对您实施了歧视或打击报复行为的雇主名称是什么?	公司名称: _____ 街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____ 电话号码: _____ 填写您认为自己遭到歧视或打击报复的日期和时间: _____																								
为什么您认为您的雇主对您做出了歧视或打击报复行为?	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 种族</td><td><input type="checkbox"/> 原籍国</td><td><input type="checkbox"/> 性取向</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 说明部落归属: _____</td><td><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他</td><td><input type="checkbox"/> 性别认同</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 亚裔</td><td><input type="checkbox"/> 肤色</td><td><input type="checkbox"/> 询问工资</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人</td><td><input type="checkbox"/> 宗教</td><td><input type="checkbox"/> 讨论工资</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民</td><td><input type="checkbox"/> 性别</td><td><input type="checkbox"/> 披露工资</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 白人</td><td></td><td><input type="checkbox"/> 受保护的退伍军人身份</td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> 残障</td></tr><tr><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/> 打击报复</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 原籍国	<input type="checkbox"/> 性取向	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 说明部落归属: _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 性别认同	<input type="checkbox"/> 亚裔	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 询问工资	<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 讨论工资	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 披露工资	<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> 受保护的退伍军人身份			<input type="checkbox"/> 残障			<input type="checkbox"/> 打击报复
<input type="checkbox"/> 种族	<input type="checkbox"/> 原籍国	<input type="checkbox"/> 性取向																							
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 说明部落归属: _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉美裔 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 性别认同																							
<input type="checkbox"/> 亚裔	<input type="checkbox"/> 肤色	<input type="checkbox"/> 询问工资																							
<input type="checkbox"/> 黑人或非洲裔美国人	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 讨论工资																							
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋岛民	<input type="checkbox"/> 性别	<input type="checkbox"/> 披露工资																							
<input type="checkbox"/> 白人		<input type="checkbox"/> 受保护的退伍军人身份																							
		<input type="checkbox"/> 残障																							
		<input type="checkbox"/> 打击报复																							
您从什么渠道获知您可以向OFCCP提出投诉? <input type="checkbox"/> 互联网 <input type="checkbox"/> 海报 <input type="checkbox"/> 社区组织 <input type="checkbox"/> OFCCP会议/活动 <input type="checkbox"/> 宣传册 <input type="checkbox"/> 其他																									

您的投诉人：

请在下面说明您认为雇主做了或没做什么，使您认定导致了歧视或打击报复，其中包括：

- 雇主对您做出的行为。
- 为什么您认为这些行为是基于您的这些因素：种族；肤色；宗教；性别；性取向；性别认同；原籍国；残障；退伍军人身份；和/或询问、讨论或披露您或其他人的工资；和/或针对提出投诉、参与歧视诉讼、反对非法歧视或行使任何其他受OFCCP保护的權利实施打击报复。
- 雇主做出这些行为的时间、地点以及涉及人员。
- 您或其他人因歧视或打击报复而受到的伤害（如果有）。
- 您的雇主或雇主的代表对雇主行为做出的解释（如果有）。
- 与您处于相同或类似处境的人员以及他们受到的待遇。加入这些人员的种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、原籍国、残障或受保护身份等信息（如已知）。
- 您掌握的关于联邦合同的信息（指的是您供职的公司在您于此次投诉中所描述的歧视或打击报复发生时履行的合同）。

<p>您是否认为歧视事件涉及或影响其他人？</p>	<p>您是否认为其他雇员或求职者受到了与您如上所述相同的待遇？ _____ 是 _____ 否</p>
<p>您是否有律师或其他代表？</p>	<p>如果一名律师或者其他人或一个机构代表您投诉，请在下面填写他们的联系信息。</p> <p>姓名（名字、中名、姓氏）： _____</p> <p>街道地址： _____</p> <p>城市： _____ 州： _____ 邮编： _____</p> <p>电话号码： _____ 电子邮件： _____</p> <p>如果我们需要更多关于您对事情发生经过描述的信息，应该联系谁？ _____ 您本人 _____ 您的代表</p>
<p>签名和核实</p>	<p>本人声明，在本人所知或所信范围内，上面填写的信息为真实、准确信息，否则甘受伪证罪处罚。故意做出虚假声明将受法律处罚。</p> <p>本人特此授权公布此次调查所需的任何医疗信息。</p> <p>投诉人签名： _____ 日期： _____</p>