# Une plainte impliquant une discrimination en matière d'emploi par un entrepreneur du gouvernement fédéral ou un sous-traitant

#### Feuille de directives

Veuillez utiliser ce formulaire pour déposer une plainte contre un employeur pour avoir enfreint l'une des trois lois du Bureau des programmes de conformité des obligations contractuelles du gouvernement fédéral (« Office of Federal Contract Compliance Programs ») (OFCCP) :

- Décret exécutif 11246, version modifiée;
- Section 503 de la Loi sur la réhabilitation de 1973, version modifiée ; et le
- Section 503 de la Loi sur la révision de l'aide aux anciens combattants de la guerre du Vietnam de 1974, version modifiée.

Ces lois interdisent aux entreprises de faire affaire avec le gouvernement fédéral dans le but de discriminer à l'égard des candidats à l'emploi et employés en fonction de leur race, couleur, religion, sexe, orientation sexuelle, identité sexuelle, origine nationale, handicap et statut en tant que ancien combattant protégé. Ceci comprend la discrimination en matière de salaire et d'autres formes de rémunération. Le décret exécutif 11246, version modifiée, interdit également aux entrepreneurs fédéraux de pratiquer de la discrimination à l'égard des candidats et employés pour entamer une discussion ou divulguer la rémunération.

De plus, il est illégal pour ces entreprises d'exercer des représailles ou de prendre d'autre mesures d'emploi qui pourraient avoir une incidence négative sur les candidats et employés en raison d'une plainte qui a été déposée, des lois ou pratiques défavorables rendues illégales par les lois OFCCP, ou bien de fournir des informations ou de l'aide au cours d'une évaluation de conformité ou une enquête sur une plainte. Les mesures de rétorsion incluent l'intimidation, les menaces, la pression ou la discrimination.

#### Instructions générales :

Veuillez écrire en lettres moulées ou dactylographiées lorsque vous remplissez ce formulaire. Veuillez indiquer à l'OFCCP la façon dont nous pouvons contacter, ou contacter une autre personne, ce qui s'est passé, la raison pour laquelle vous estimez qu'il s'agissait de discrimination ou de représailles, la personne qui a pris les mesures décrites, et si des allégations de discrimination en matière d'emploi ont été déposées dans le passé auprès d'une autre agence fédéral ou locale. De plus, veuillez expliquer où et quand la discrimination ou les représailles se sont produites, le ou les personnes qui ont observé l'incident, et le ou les personnes qui peuvent disposer d'informations à votre sujet. Votre signature est requise sur le formulaire de plaintes, et si celle-ci n'est pas présente sur le formulaire lorsque vous le déposez, nous vous demanderons de le signer. Si vous avez autorisé une autre personne à déposer la plainte en votre nom, la signature de votre représentant est requise sur le formulaire de plainte.

Le formulaire comprend un emplacement dans lequel vous pouvez sélectionner la raison pour laquelle vous estimez que votre employeur a exercé de la discrimination ou des représailles contre vous. Si vous estimez que vous avez été victime de discrimination que des représailles

ont été entamées contre vous pour plusieurs raisons, comme la race ou le sexe, veuillez alors sélectionner toutes les bases protégées qui s'appliquent.

Lorsque vous décrivez ce qui s'est produit, dites-nous de quelle façon cela a-t-il changé votre travail. Par exemple, dites-nous si cela a éliminé votre chance d'être embauché; vous a fait perdre votre emploi, licencié, rétrogradé ou on vous a refusé une promotion; ou bien vous a fait perdre vote ancienneté ou modifié votre affection d'emploi. Vous avez également pu percevoir un salaire moins élevé que d'autres employés pour le même travail. Nous souhaitons également savoir si ce qui s'est passé impliquant une formation, un congé de maternité, du harcèlement, une accommodation pour un handicap ou pour des pratiques religieuses ou une ségrégation des installations.

Vous pouvez utiliser une autre feuille de papier si vous avez besoin d'encore plus d'espace pour décrire ce qui s'est passé. Souvenez-vous de joindre une autre feuille de papier au formulaire de plainte lorsque vous avez terminé.

Si vous déposez une plainte pour discrimination en raison de votre statut d'ancien combattant, souvenez-vous de joindre votre « Certificate of Release or Discharge from Active Duty » (également connu comme DD Formulaire 214). Si vous ne le fournissez pas, nous vous demanderons alors de le fournir plus tard. Il existe plusieurs catégories d'anciens combattants protégés par VEVRAA : anciens combattants souffrant d'un handicap, anciens combattants qui ont quitté le service il y a moins de trois ans, des anciens combattants de service actif en temps de guerre ou portant un écusson de campagne militaire, ainsi que les anciens combattants décorés d'une médaille de service des forces armées. Pour obtenir de plus amples détails sur ces catégories, veuillez visiter le site Web de l'OFCCP à l'adresse : http://www.dol.gov/agencies/ofccp/protected-vet

### Où déposer votre plainte ?

Vous devriez envoyer votre formulaire de plainte au bureau régional de l'OFCCP qui dessert l'État où la prétendue discrimination est survenue. Veuillez transmettre votre formulaire par courriel postal, fax ou email à l'OFCCP. Une liste des bureaux régionaux et des États que chaque bureau dessert se trouve sur le site Web de l'OFCCP à l'adresse : http://www.dol.gov/agencies/ofccp/ask-ofccp/regional-office-directory.

#### Quand devriez-vous déposer une plainte ?

Les plaintes fondées sur la race, la couleur, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle ou l'origine nationale, doivent être déposées **180 jours** suivant la mesure prise par votre employeur dont vous estimez avoir été de la discrimination ou des représailles. La même fenêtre de 180 jours s'applique aux plaintes fondées sur la transparence des salaires faisant état d'une discrimination pour avoir discuté, divulgué ou demander des informations quant au salaire.

Les plaintes fondées sur votre handicap ou statut d'ancien combattant protégé doivent être déposées **300 jours** suivant la mesure prise par votre employeur dont vous estimez avoir été de la discrimination ou des représailles.

# Énoncé sur la Loi de la protection de la vie privée

La collecte d'informations à l'aide de ce formulaire est autorisée par les lois mises en oeuvre par l'OFCCP, Titre VII de la loi sur les droits civils de 1964 (Titre VII), version modifiée, et Titre I de loi sur les américains ayant un handicap (Americans with Disabilities Act) de 1990 (ADA), version modifiée. L'OFCCP utilise ces informations pour traiter les plaintes et mener des enquêtes de violations présumées de ces lois de discrimination en matière d'emploi. L'OFCCP fournira une copie de cette plainte à l'employeur contre qui la plainte a été déposée, et lorsque les questions alléguées sont couvertes par les Titre VII et/ou l'ADA, à la Commission américaine de l'égalité des chances en matière d'emploi (U.S. Equal Employment Opportunity Commission) (EEOC). Les informations recueillies peuvent être : 1) vérifiées par d'autres personnes ayant connaissance de la plainte ; 2) utilisées dans des négociations de règlement avec un employeur ou lorsqu'il s'agit de présenter des preuves lors d'une audience : ou 3) divulguées à d'autres agences ayant compétence à l'égard de la plainte.

Fournir ces informations est volontaire ; toutefois, si vous refusez de présenter ces informations, ceci peut retarder ou empêcher l'OFCCP d'enquêter sur votre plainte et, pour les questions couvertes par le Titre VII ou l'ADA, peut avoir une incidence sur votre doit d'intenter des poursuites en vertu de ces lois.

## Déclaration publique

La durée prévue pour remplir le formulaire est de 1 heure, incluant le temps pour examiner ces instructions, remplir le formulaire et l'envoyer à l'OFCCP. Veuillez prendre note que vous ne devez pas répondre à cette collecte d'informations à moins qu'elle n'affiche une Numéro de contrôle OMB actuellement en vigueur.