

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

Инструкции

Используйте эту форму для подачи жалобы в отношении работодателя, который нарушил любой из трех законов, применение которых обеспечивает Отдел по администрированию программ соответствия нормам и правилам для подрядчиков федерального правительства (Office of Federal Contract Compliance Programs, OFCCP):

- Постановление 11246 с поправками;
- Раздел 503 Закона о реабилитации инвалидов (Rehabilitation Act) 1973 года с поправками; и
- Закон о помощи с социальной адаптацией ветеранам Вьетнамской войны 1974 года с поправками.

В соответствии с указанными законами компаниям и организациям, сотрудничающим с федеральным правительством, запрещены любые проявления дискриминации в отношении претендентов на рабочие места и сотрудников на основании их расы, цвета кожи, вероисповедания, половой принадлежности, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, национального происхождения, инвалидности и принадлежности к категории защищенных лиц (ветеранов). Это условие распространяется на дискриминацию в оплате труда и применительно к другим формам компенсации. Постановление 11246 с поправками также запрещает компаниям/организациям с федеральными контрактами любые проявления дискриминации в отношении претендентов на трудоустройство и работников за любые вопросы, обсуждение и раскрытие информации в отношении компенсации.

Кроме того такие компании/организации не имеют права принимать ответные меры или предпринимать действия, связанные с трудоустройством, которые могут оказать какое бы то ни было негативное влияние на положение претендентов на трудоустройство или сотрудников, по причине подачи последними жалоб, противодействия ими проявлениям или практикам, являющимся незаконными в соответствии с законами OFCCP, или по причине предоставления ими информации или оказания помощи в процессе контроля соблюдения норм и правил или в ходе соответствующих расследований. Под ответными мерами понимают любые запугивания, угрозы, принуждение или дискриминацию.

Общие инструкции:

Заполняйте форму разборчиво печатными буквами. Сообщите в OFCCP, каким образом представители этой организации могут с вами связаться, что произошло, почему, по вашему мнению, произошедшее является актом дискриминации или ответными мерами, кто предпринял описанные вами действия, и подавали ли вы ранее сведения о предположительной дискриминации в другие компетентные организации федерального или местного уровня. Также разъясните, где и когда имели место дискриминационные действия или ответные меры, кто был свидетелем этих действий или мер, и кто может предоставить информацию в отношении произошедшего с вами. Вы должны подписать

подаваемую форму жалобы; если поданная форма не подписана, мы можем попросить вас подписать ее. Если вы попросили другое лицо подать жалобу по данной форме от вашего имени, ваш представитель также должен подписать форму жалобы.

В форме предусмотрено поле, в котором вам необходимо указать, почему вы полагаете, что ваш работодатель подверг вас дискриминации или принял против вас ответные меры. Если вы полагаете, что подверглись дискриминации или ответным мерам по ряду причин, в частности на основании расы или половой принадлежности, выберите все пункты, применимые к вашему случаю.

Описывая произошедшее, сообщите нам, каким образом произошедшее повлияло на вашу работу. К примеру, сообщите нам, явилось ли произошедшее причиной того, что вас не взяли на работу, вы были вынуждены уйти с работы, вы были уволены, отстранены от работы, понижены или не повышены в должности, потеряли руководящую функцию, или же ваши должностные обязанности изменились. Возможно, вы получали меньше других за аналогичную работу. Мы также хотели бы знать, имело ли произошедшее отношение к профессиональному обучению, выходу в декретный отпуск, пользованию ресурсами и принадлежностями для инвалидов, отправлению религиозных практик, или же содержало признаки преследования или сегрегации на рабочем месте.

Если вам необходимо больше места для описания произошедшего, воспользуйтесь дополнительными листами бумаги. Не забудьте приложить дополнительные листы бумаги к форме подаваемой жалобы.

Если вы подаете жалобу на дискриминацию по причине вашей принадлежности к категории ветеранов, не забудьте приложить сертификат об увольнении из регулярных войск (Certificate of Release or Discharge from Active Duty, или форму DD Form 214). Если вы не предоставите этот документ, мы попросим вас его предоставить. Закон о защите ветеранов вьетнамской войны (VEVRAA) предусматривает защиту ветеранов нескольких категорий: ветеранов с инвалидностью, ветеранов, прекративших службу на период менее трех лет, ветеранов, участвовавших в активных боевых действиях или кампаниях, а также ветеранов вооруженных сил с наградами. Дополнительная информация об указанных категориях ветеранов приведена на веб-сайте OFCCP по адресу:

<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/protected-vet>.

Куда подавать жалобу?

Заполненную форму жалобы необходимо отправить в региональное отделение OFCCP, к которому относится штат, где действия предположительно дискриминационного характера имели место. Отправьте форму в OFCCP по обычной почте, по факсу или по электронной почте. Список региональных отделений и штатов, которые относятся к каждому из них, приведен на веб-сайте OFCCP по адресу:

<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/ask-ofccp/regional-office-directory>.

Когда отправлять жалобу?

Жалобы, относящиеся к вашей расе, цвету кожи, вероисповеданию, половой принадлежности, сексуальной ориентации, гендерной идентификации или национальности, подаются в течение **180 дней** с момента соответствующих действий

работодателя, которые, по вашему мнению, являются актом дискриминации или ответными мерами. Такой же 180-дневный период применим к жалобам на недостаточную прозрачность информации, которые указывают на акты предполагаемой дискриминации в связи с вопросами, обсуждением или раскрытием информации в отношении оплаты труда.

Жалобы, относящиеся к инвалидности или принадлежности к категории защищенных лиц (ветеран), подаются в течение **300 дней** с момента соответствующих действий работодателя, которые, по вашему мнению, являются актом дискриминации или ответными мерами.

Информация о конфиденциальности

Сбор информации с использованием этой формы предусмотрен законами, применимыми OFCCP, разделом VII (Title VII) Закона о гражданских правах 1964 года с поправками, а также разделом I (Title I) Закона об американцах с инвалидностью (Americans with Disabilities, ADA) 1990 года с поправками. В ответ на поступившие жалобы организация OFCCP использует изложенную в них информацию для проведения расследований предполагаемых нарушений законов о дискриминации на рабочем месте. Организация OFCCP передаст копию жалобы работодателю, против которого она подана; в случае, если информация, приведенная в жалобе, подпадает под действие раздела VII (Title VII) и/или закона ADA, копия жалобы также передается в Комиссию по вопросам обеспечения равных возможностей трудоустройства США (U.S. Equal Employment Opportunity Commission, EEOC). Собранная информация может: 1) изучаться лицами, компетентными в вопросах, которые поднимаются жалобой; 2) использоваться в рамках переговоров по урегулированию, проводимых с работодателем, или же в рамках представления доказательств на слушании; или 3) передаваться другим организациям, в компетенцию которых входят вопросы, изложенные в жалобе.

Предоставление такой информации является добровольным; в то же время, непредоставление информации может стать причиной задержки или невозможности проведения расследования организацией OFCCP по вашей жалобе, а также, если затрагиваются вопросы, регулируемые Разделом VII (Title VII) или ADA, может повлиять на ваше право на подачу иска на основании указанных законов.

Информация в отношении общественного бремени

Время, необходимое для заполнения этой формы, примерно составляет 1 час с учетом изучения инструкций, заполнения формы и ее отправки в OFCCP. Помните, что отвечать на уведомления о сборе информации необходимо только в том случае, если на нем указан действующий контрольный код ОМВ.