



# 涉及聯邦政府承包商或分包商的就業歧視投訴

請在填寫此表格之前閱讀說明。

OMB: 1250-0002

有效期: 5/31/2020

提交

重設表單

列印表單

<p><b>我們如何與您聯絡？</b></p>	<p>姓名 ( 名 , 中間名 , 姓氏 ) : _____</p> <p>街道地址: _____</p> <p>城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____</p> <p>電話號碼: _____ 宅電 _____ 工作電話 _____ 手機 _____</p> <p>電子郵件: _____</p> <p>您是否已經向另一個聯邦或地方機構提交了這些有關就業歧視的指控？</p> <p>_____ 是 _____ 否</p> <p>如果是，哪個機構: _____</p> <p>連絡人姓名 : _____ 電話號碼 : _____</p>																								
<p><b>如果我們無法與您聯絡，我們聯絡誰？</b></p>	<p>姓名 ( 名 , 中間名 , 姓氏 ) : _____</p> <p>街道地址: _____</p> <p>城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____</p> <p>電話號碼: _____ 宅電 _____ 工作電話 _____ 手機 _____</p> <p>電子郵件: _____</p>																								
<p><b>您認為歧視或報復您的雇主的名字是什麼？</b></p>	<p>公司名稱: _____</p> <p>街道地址: _____</p> <p>城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____</p> <p>電話號碼: _____</p> <p>提供您認為您受到歧視或報復的日期和時間 : _____</p>																								
<p><b>您為什麼認為您的雇主對您有歧視或報復？</b></p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 種族</td> <td><input type="checkbox"/> 國籍</td> <td><input type="checkbox"/> 性取向</td> <td><input type="checkbox"/> 受保護的退伍軍人身份</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 表明部落關係: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 其他</td> <td><input type="checkbox"/> 性別認同</td> <td><input type="checkbox"/> 殘疾</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 亞裔</td> <td><input type="checkbox"/> 膚色</td> <td><input type="checkbox"/> 查詢付款</td> <td><input type="checkbox"/> 報復</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人</td> <td><input type="checkbox"/> 宗教</td> <td><input type="checkbox"/> 討論付款</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民</td> <td><input type="checkbox"/> 性別</td> <td><input type="checkbox"/> 披露付款</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 白人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 國籍	<input type="checkbox"/> 性取向	<input type="checkbox"/> 受保護的退伍軍人身份	<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 表明部落關係: _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 性別認同	<input type="checkbox"/> 殘疾	<input type="checkbox"/> 亞裔	<input type="checkbox"/> 膚色	<input type="checkbox"/> 查詢付款	<input type="checkbox"/> 報復	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 討論付款		<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 披露付款		<input type="checkbox"/> 白人			
<input type="checkbox"/> 種族	<input type="checkbox"/> 國籍	<input type="checkbox"/> 性取向	<input type="checkbox"/> 受保護的退伍軍人身份																						
<input type="checkbox"/> 美國印第安人或阿拉斯加原住民 表明部落關係: _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔或拉丁裔 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 性別認同	<input type="checkbox"/> 殘疾																						
<input type="checkbox"/> 亞裔	<input type="checkbox"/> 膚色	<input type="checkbox"/> 查詢付款	<input type="checkbox"/> 報復																						
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美國人	<input type="checkbox"/> 宗教	<input type="checkbox"/> 討論付款																							
<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或其他太平洋島民	<input type="checkbox"/> 性別	<input type="checkbox"/> 披露付款																							
<input type="checkbox"/> 白人																									
<p>您在哪裡得知您可以向 OFCCP 提出投訴？</p> <p><input type="checkbox"/> 互聯網 <input type="checkbox"/> 海報 <input type="checkbox"/> 社區組織 <input type="checkbox"/> OFCCP 會議/活動 <input type="checkbox"/> 手冊 <input type="checkbox"/> 其他</p>																									

**您的投訴：**

**請在下面描述您認為雇主從事或未從事您認為造成歧視或報復的行為，包括：**

1. 雇主對你採取了什麼行動。
2. 為什麼你認為這些行動是基於你的：種族;膚色;宗教;性別;性取向;性別認同;國籍;殘疾;退伍狀態;和/或查詢、討論或披露您的薪酬或他人的薪酬;和/或報復投訴、參與歧視訴訟、反對非法歧視或行使 OFCCP 保護的任何其他權利。
3. 雇主行動發生的時間、地點以及涉事人員。
4. 如果有的話，您或其他人因指稱的歧視或報復而受到傷害。
5. 如果有的話，您的雇主或代表您雇主的人為他們的行動作何解釋。
6. 誰是與你的情況相同或相似，他們是如何被對待的。包括種族、膚色、宗教、性別、性取向、性別認同、國籍、殘疾或這些人的受保護身份 ( 如果知道的話 ) 的資訊。
7. 您在本投訴中描述的歧視或報復之時，有關您工作所在公司的聯邦合同的資訊。

**如果需要，請附加其他頁面。**

<p><b>你認為歧視包括或影響他人嗎？</b></p>	<p>您認為其他員工或申請人是否按照上述方式處理嗎？ _____ 是 _____ 否</p> <p><b>如果是，請解釋，如有必要，使用其他頁面。</b></p>
<p><b>你有律師或其他代表嗎？</b></p>	<p>如果您由律師，其他人或組織代表，請在下面提供他們的聯絡資訊。</p> <p>姓名 ( 名，中間名，姓氏 ) : _____</p> <p>街道地址: _____</p> <p>城市: _____ 州: _____ 郵遞區號: _____</p> <p>電話號碼: _____ 電子郵件: _____</p> <p>如果我們需要更多關於您所發生情況的描述的更多資訊，我們應該聯絡誰？ _____ 您本人 _____ 您的代表</p>
<p><b>簽名和驗證</b></p>	<p>本人聲明，根據本人所知所信，以上提供的資訊真實且正確。故意的虛假陳述應受法律懲罰。</p> <p>本人在此授權發佈本次調查所需的任何醫療資訊。</p> <p>投訴人簽名: _____ 日期: _____</p>