



Khiếu Nại Liên Quan Đến Việc Phân Biệt Đối Xử Trong Công Việc Bởi Nhà Thầu Hoặc Nhà Thầu Phụ Liên Bang

Xin vui lòng đọc hướng dẫn trước khi hoàn thành đơn này.

OMB: 1250-0002

Ngày hết hạn: 5/31/2020

Nộp Đơn

Xóa Đơn

In Đơn

Chúng tôi liên hệ với quý vị bằng cách nào?	Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ Mã Bưu điện: _____ Số điện thoại: _____ Nhà _____ Nơi làm việc _____ Di động _____ E-mail: _____ Quý vị đã nộp những cáo buộc về phân biệt đối xử trong công việc này tới bất kỳ cơ quan liên bang hoặc địa phương nào chưa? _____ Có _____ Không _____ Nếu có, cơ quan nào: _____ Người liên hệ: _____ Số điện thoại: _____				
Chúng tôi có thể liên hệ với ai nếu không thể liên hệ với quý vị?	Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ Mã Bưu điện: _____ Số điện thoại: _____ Nhà _____ Nơi làm việc _____ Di động _____ E-mail: _____				
Tên của người sử dụng lao động mà quý vị tin rằng đã phân biệt đối xử hoặc trả thù quý vị?	Tên công ty: _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ Mã Bưu điện: _____ Số điện thoại: _____ Nêu (những) ngày và thời gian quý vị cho rằng mình đã bị phân biệt đối xử hoặc trả thù: _____				
Tại sao quý vị tin rằng người sử dụng lao động của mình đã phân biệt đối xử hoặc trả thù quý vị?	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Sắc tộc <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da đỏ hoặc Người Alaska Nêu rõ Liên kết Bộ lạc: _____ <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaiian hoặc Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da trắng</td><td><input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia <input type="checkbox"/> Người Hispanic hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Màu da <input type="checkbox"/> Tôn giáo <input type="checkbox"/> Giới tính</td><td><input type="checkbox"/> Xu hướng Tình dục <input type="checkbox"/> Bản dạng Giới <input type="checkbox"/> Yêu cầu Thông tin về Tiền lương <input type="checkbox"/> Thảo luận về Tiền lương <input type="checkbox"/> Tiết lộ về Tiền lương</td><td><input type="checkbox"/> Tư cách Cựu chiến binh được Bảo vệ <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Trả thù</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Sắc tộc <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da đỏ hoặc Người Alaska Nêu rõ Liên kết Bộ lạc: _____ <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaiian hoặc Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da trắng	<input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia <input type="checkbox"/> Người Hispanic hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Màu da <input type="checkbox"/> Tôn giáo <input type="checkbox"/> Giới tính	<input type="checkbox"/> Xu hướng Tình dục <input type="checkbox"/> Bản dạng Giới <input type="checkbox"/> Yêu cầu Thông tin về Tiền lương <input type="checkbox"/> Thảo luận về Tiền lương <input type="checkbox"/> Tiết lộ về Tiền lương	<input type="checkbox"/> Tư cách Cựu chiến binh được Bảo vệ <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Trả thù
<input type="checkbox"/> Sắc tộc <input type="checkbox"/> Người Mỹ Da đỏ hoặc Người Alaska Nêu rõ Liên kết Bộ lạc: _____ <input type="checkbox"/> Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ da đen hoặc gốc Phi <input type="checkbox"/> Người Hawaiian hoặc Đảo Thái Bình Dương khác <input type="checkbox"/> Da trắng	<input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia <input type="checkbox"/> Người Hispanic hoặc Latinh <input type="checkbox"/> Khác <input type="checkbox"/> Màu da <input type="checkbox"/> Tôn giáo <input type="checkbox"/> Giới tính	<input type="checkbox"/> Xu hướng Tình dục <input type="checkbox"/> Bản dạng Giới <input type="checkbox"/> Yêu cầu Thông tin về Tiền lương <input type="checkbox"/> Thảo luận về Tiền lương <input type="checkbox"/> Tiết lộ về Tiền lương	<input type="checkbox"/> Tư cách Cựu chiến binh được Bảo vệ <input type="checkbox"/> Khuyết tật <input type="checkbox"/> Trả thù		
Quý vị biết mình có thể nộp đơn khiếu nại tới OFCCP từ nguồn nào? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Áp phích <input type="checkbox"/> Tổ chức Cộng đồng <input type="checkbox"/> Cuộc họp/Sự kiện của OFCCP <input type="checkbox"/> Sổ giới thiệu <input type="checkbox"/> Khác					

Khiếu nại của Quý vị:

Xin vui lòng mô tả dưới đây những gì quý vị nghĩ người sử dụng lao động đã làm hoặc không làm mà quý vị tin rằng đó là sự phân biệt đối xử hoặc trả thù, bao gồm:

1. Những hành động của người sử dụng lao động chống lại quý vị.
2. Tại sao quý vị tin rằng những hành động đó là do: sắc tộc; màu da; giới tính; xu hướng tình dục; bản dạng giới; nguồn gốc quốc gia; tình trạng khuyết tật; tư cách cựu chiến binh của quý vị; và/hoặc những yêu cầu thông tin, thảo luận hoặc tiết lộ về tiền lương của quý vị hoặc của người khác; và/hoặc sự trả thù do đệ đơn, tham gia tố tụng phân biệt đối xử, chống phân biệt đối xử trái pháp luật hoặc thực hiện các quyền khác được bảo vệ bởi OFCCP.
3. Những hành động của người sử dụng lao động xảy ra khi nào, ở nơi nào và có ai tham gia.
4. Những tác tại, nếu có, đối với quý vị hoặc những người khác do sự phân biệt đối xử hoặc trả thù được cáo buộc này.
5. Những giải thích, nếu có, mà người sử dụng lao động hoặc người đại diện người tuyển dụng lao động của quý vị đưa ra về những hành động của họ.
6. Người ở trong tình cảnh giống hoặc tương tự với quý vị và cách họ được đối xử. Bao gồm những thông tin về sắc tộc, màu da, tôn giáo, giới tính, xu hướng tình dục, bản dạng giới, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật hoặc tư cách cựu chiến binh của những người này nếu biết.
7. Những thông tin quý vị có về các hợp đồng liên bang của công ty nơi quý vị đã làm việc vào thời điểm xảy ra sự phân biệt đối xử hoặc trả thù mà quý vị mô tả trong đơn khiếu nại này.

Xin vui lòng đính kèm thêm trang nếu cần thiết.

Quý vị có nghĩ sự phân biệt đối xử bao gồm hoặc ảnh hưởng đến người khác không?	Quý vị có tin rằng những nhân viên hoặc người ứng tuyển khác được đối xử giống như quý vị mô tả ở trên không? _____ Có _____ Không Nếu có, xin vui lòng giải thích, hãy sử dụng thêm trang nếu cần thiết.
Quý vị có luật sư hoặc người đại diện không?	Nếu quý vị được đại diện bởi một luật sư hoặc một người hoặc tổ chức khác, xin vui lòng cung cấp thông tin liên lạc của họ dưới đây. Họ tên (Tên, Tên đệm, Họ): _____ Địa chỉ: _____ Thành phố: _____ Bang: _____ Mã Bưu điện: _____ Số điện thoại: _____ Email: _____ Nếu chúng tôi cần thêm thông tin về mô tả của quý vị về những gì đã xảy ra, chúng tôi nên liên hệ với ai? _____ Quý vị _____ Đại diện của Quý vị
Chữ ký và Xác minh	Tôi tuyên bố theo hình phạt về tội khai man rằng những thông tin trên là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết hoặc niềm tin của tôi. Lời khai bịa đặt cố ý sẽ bị trừng phạt bởi pháp luật. Theo đây, tôi cho phép tiết lộ bất kỳ thông tin y tế cần thiết cho cuộc điều tra này. Chữ ký Người khiếu nại: _____ Ngày: _____