



涉及联邦承包商或分包商的就业歧视投诉

仅供联邦合同执行计划办公室(OFCCP)使用：投诉前查询编号：

预算办公室 (OMB) : 1250-0002

到期日: 06/30/2026

填写此表格前, 请阅读以下说明。

说明

如果您认为自己在就业或申请就业时因您的种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、国籍、残疾、受保护退伍军人的身份, 或询问、讨论或透露您或他人的薪酬而受到与联邦政府有业务往来的公司歧视, 您可以向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交投诉。如果因为您提交了投诉、反对联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 当局认定为非法的行为或做法、或协助或参与了合规评估或投诉调查、或者您认为与联邦政府开展业务的公司违反了其他联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 承包商义务, 然后雇主对您进行了报复或以其他方式采取了消极的雇用行为, 您也可以提交投诉。您无需确定雇主是联邦承包商或分包商即可提交投诉。如果您有任何疑问或需要帮助, 请致电 1-800-397-6251 联系联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 帮助台。

提交投诉的截止日期

如您未在下述时限内提交歧视投诉, 您将失去通过联邦合同执行计划办公室(OFCCP)进行投诉的权利。

基于您的种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同或国籍的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **180** 天内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交。

指控因讨论、透露或询问薪酬而受到歧视的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **180** 天内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交。

基于您的残疾或受保护退伍军人身份的投诉必须在雇主采取您认为是歧视或报复的行动后 **300** 天内向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交。

填写表格

在线填写表格或将表格打印出来填写。如果您需要更多空间来描述发生在您身上的事情, 请使用单独的一张纸。请记住将这张纸附在表格上。**投诉表上需要您的签名, 如果您提交时表格上没有签名, 我们将要求您签名。如果您已授权他人代表您提交投诉, 则投诉表上需要您的代理人的签名。如果您因受保护退伍军人的身份而提交歧视投诉, 我们将要求您提供解除现役或退役证明 (也称为 DD 表格 214)。**

如何以及在哪里提交投诉表?

要向联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 提交投诉, 除非标记为可选, 否则请填写此表格上的所有部分。如果您不知道问题的答案, 请填写“不知道”。如果问题不适用, 请填写“不适用”。

如果您是在线提交, 请完整填写表格后点击“提交”。如果您不是在线提交, 请通过邮寄、传真或电子邮件将填写好的表格发送给联邦合同执行计划办公室(OFCCP)。将表格递送至联邦合同执行计划办公室(OFCCP)地方办事处, 即涵盖事件发生地所在州。您也可以亲自到联邦合同执行计划办公室(OFCCP)办公室填写表格。地方办事处和每个办事处所涵盖的州的名单可在 [联邦合同执行计划办公室\(OFCCP\) 网站](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm) 上找到:

(<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkeyp.htm>)

通过填写此表格, 您正在提交就业歧视投诉, 声称雇主歧视您。根据法律规定, 我们必须将投诉通知雇主。

您是否向联邦合同执行计划办公室(OFCCP)提交了投诉前查询表?

是 否 注: 如果您有 60 天以上的时间来提交投诉, 我们鼓励您在提出投诉之前提交投诉前查询表。联邦合同执行计划办公室(OFCCP)将审查您的查询表, 以确定联邦合同执行计划办公室(OFCCP)是否是处理此事的正确联邦机构。

您的联系信息

姓名 (名, 中间名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

您有代理人吗? (可选)

如果您由律师、他人或组织代表, 请提供他们的联系信息:

姓名 (名, 中间名, 姓): _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____ 电子邮箱: _____

如果我们需要更多信息, 我们应该联系谁? _____ 您本人 _____ 您的代理人

歧视您的雇主是谁?

雇主名字: _____

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话号码: _____

人力资源联系人姓名 (可选): _____ 电子邮件 (可选): _____

这与歧视事件的发生地是同一地点吗? _____ 是 _____ 否

如果否, 歧视发生地是哪里 _____

请提供最近一次您认为受到歧视或报复的日期

日期: _____

您认为雇主歧视您的依据是什么?

勾选所有适用项:

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 种族 | <input type="checkbox"/> 性取向 | <input type="checkbox"/> 询问薪酬 | <input type="checkbox"/> 提交歧视投诉 |
| <input type="checkbox"/> 国籍 | <input type="checkbox"/> 性别认同 | <input type="checkbox"/> 透露薪酬 | <input type="checkbox"/> 联系政府机构投诉歧视 |
| <input type="checkbox"/> 肤色 | <input type="checkbox"/> 受保护退伍军人身份 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ | <input type="checkbox"/> 向雇主投诉歧视 |
| <input type="checkbox"/> 宗教 | <input type="checkbox"/> 残疾 | | <input type="checkbox"/> 参与联邦合同执行计划办公室 (OFCCP) 的调查 |
| <input type="checkbox"/> 性别 (包括怀孕) | <input type="checkbox"/> 讨论薪酬 | | <input type="checkbox"/> 参与他人对工作歧视的投诉 |
| | | <input type="checkbox"/> 报复 | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |

**您是否向另一个联邦或地方机构（如平等就业机会委员会或州或地方公平就业或人权委员会）
提交了就业歧视指控？**

是 否 不确定

如果是，列出是哪个机构？_____ 您是何时提交的？_____

机构联系人姓名：_____ 电话：_____

电子邮箱：_____ 案件编号 (如已知)：_____

告诉我们发生了什么

以下描述了雇主做了什么或没有做什么，让您认为造成了歧视或报复，包括：

1. 为什么您认为这些行为是基于您的：种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、国籍、残疾、受保护退伍军人身份或询问、讨论或透露您或他人的薪酬而受到与联邦政府有业务往来的公司的歧视；或因您提交投诉前查询表或投诉、反对联邦合同执行计划办公室(OFCCP)认定的非法行为或做法、或协助或参与合规评估或投诉查询表。
2. 雇主歧视或报复行为何时（在什么日期）发生，在哪里发生，以及谁参与其中。
3. 您或其他人因雇主的行为而遭受了什么伤害（如果有的话）。
4. 雇主或代表雇主的人对其行为提供了什么解释（如果有的话）。
5. 谁与您处于相同或相似的情况以及他们的遭遇是怎样的。包括这些人的种族、肤色、宗教、性别、性取向、性别认同、国籍、残疾或受保护的退伍军人身份等信息（如已知）。
6. 您在本投诉中描述的事件发生时拥有的有关公司联邦合同的哪些信息。

签名和承诺

我声明，据我所知或所信，上述信息真实无误，否则将受到伪证处罚。我特此授权发布本次调查所需的任何医疗信息。

签名：_____ 日期：_____

隐私法声明

使用本表格收集信息的授权由联邦合同执行计划办公室（OFCCP）执行的机构以及经修订的 1964 年《民权法案》第七章（第七条）和经修订的 1990 年《美国残疾人法案》第一章（美国平等就业机会委员会）执行。联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 使用这些信息来处理投诉并对涉嫌违反这些就业歧视法的行为进行调查。联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 将向被投诉的雇主提供该投诉的副本。联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 还可以将此投诉转交给可能具有管辖权的其他机构，并将投诉副本提供给可能具有管辖权的转介机构。收集的信息可能是：
1) 与可能了解投诉相关信息的其他人的证言；2) 在与雇主的和解谈判中或在听证会上出示证据的过程中使用；或 3) 向对投诉有管辖权的其他机构披露。

提供此信息是自愿的；但是，未能提供信息可能会延迟或阻碍联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 调查您的投诉，并且对于第七章或《美国残疾人法案》涵盖的事项，可能会影响您根据这些法律提起诉讼的权利。

公共负担声明

填写此表格的估计时间为 1 小时，包括查看说明、填写表格并将其发送给联邦合同执行计划办公室(OFCCP) 的时间。请注意，除非此信息显示当前有效的预算办公室（OMB）控制编号，否则您不需要对此信息作出回应。

如果您对本投诉表的预计负担或任何其他方面有任何意见，包括减轻负担的建议，请将其发送至联邦合同执行计划办公室（OFCCP）政策部（1250-0002），地址：200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C.20210。请不要将填写好的投诉前查询表邮寄至此地址。