Plainte de discrimination dans l'emploi
Sous contrats gouvernementaux fédéraux
(Complaint of Discrimination in Employment
Under Federal Government Contracts)

Submit Reset Print

Département du travail des É.-U. (U.S. Department of Labor)
Département des programmes de respect des obligations contractuelles fédérales (Office of Federal Contract Compliance Programs)

OFFICE OF FEDERAL CONTRACT COMPLIANCE PROGRAMS
OFCCP
U.S. DEPARTMENT OF LABOR

Instructions : Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire toutes les instructions, y compris l'énoncé sur la Loi sur la protection des renseignements personnels ci-dessous. Servez-vous de ce formulaire pour déposer une plainte de discrimination dans l'emploi en vertu des programmes de l'OFCCP. Bien que vous soyez libre de répondre, l'OFCCP compte sur ces renseignements en tant que source pour l'identification de violations potentielles des exigences en matière d'égalité d'accès à l'emploi au sein de la communauté des entrepreneurs fédéraux. Note : Il n'est pas obligatoire de répondre à cette collecte de renseignements, à moins qu'elle ne porte un numéro de contrôle OMB en cours de validité.

N° OMB : 1250-0002
Date d'expiration : 31/03/2014

Loi sur la protection des renseignements personnels : La collecte de ces renseignements est autorisée en vertu du Décret (Executive Order) 11246 tel qu'amendé ; l'Art. 503 de la Loi sur la réinsertion (Rehabilitation Act) de 1973, telle qu'amendée ; la Loi sur l'aide à la réadaptation des vétérans de l'ère du Vietnam (The Vietnam Era Veterans Readjustment Assistance Act) de 1974, telle qu'amendée, 38 U.S.C. 4212 ; le Chapitre VII de la Loi sur les droits civils (Civil Rights Act) de 1964, telle qu'amendée et / ou le Chapitre I de la Loi relative aux Américains handicapés (Americans with Disabilities Act [ADA]) de 1990, telle qu'amendée. Ces renseignements sont utilisés pour traiter les plaintes et pour mener des enquêtes sur des allégations de violations des décrets ou des lois ci-dessus. Nous fournirons une copie de cette plainte à l'employeur contre qui celle-ci a été déposée et, lorsque les faits allégués sont couverts par le Chapitre VII et /ou par l'ADA, à la Commission américaine de l'égalité d'accès à l'emploi (Equal Employment Opportunity Commission [EEOC]). Les renseignements recueillis peuvent faire l'objet d'une vérification auprès d'autres personnes détenant des informations pertinentes par rapport à la plainte. Ils peuvent être utilisés dans le cadre de négociations en vue d'un accord avec l'employeur ou au cours de la présentation de preuves lors d'une audience, ou encore ils peuvent être divulgués à des organismes ayant juridiction à l'égard de la plainte. Ces renseignements sont fournis volontairement ; toutefois, sans ces informations les actions que peut entreprendre le Département du travail en votre nom seront limitées et, relativement aux questions couvertes par le Chapitre VII ou l'ADA, vos droits d'intenter des actions en vertu de ces lois peuvent en être affectés.

Aucunes représailles : Les règlements de l'OFCCP, ainsi que le Chapitre VII et / ou l'ADA, le cas échéant, imposent l'obligation à l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer l'absence de représailles contre une personne qui dépose une plainte ou qui aide lors d'une enquête. Ceci comprend toute forme d'intimidation, de menace, de coercition ou de discrimination. Veuillez informer immédiatement l'OFCCP en cas de tentative alléguée de représailles.

Délai de dépôt : Toutes les plaintes doivent être déposées dans un délai d'un certain nombre de jours suivant le dernier évènement de discrimination alléguée : Décret 11246 - 180 jours ; Loi sur la réinsertion des vétérans - 300 jours. Les exceptions doivent être approuvées par le directeur.

Nom et adresse : ☐ M ☐ Mme ☐ Mlle Nom Ligne n°1 Ville Ligne n°2 État Code postal	Nom et adresse de la société relativement à laquelle vous alléguez avoir été victime de discrimination : Nom Ligne n°1 Ville Line n°2 État Code postal
N° de téléphone	N° de téléphone
Postez ce formulaire au Département du travail, Bureau régional de l'OFCCP (Department of Labor, OFCCP Regional Office) :	Inscrivez la / les date(s) du / des dernier(s) évènement(s) d'acte(s) discriminatoire(s).

Étape 1 : Cochez la case du programme en vertu duquel vous déposez la plainte (c'est-à-dire Décret 11246, tel qu'amendé ; Article 503 de la Loi sur la réinsertion de 1973, telle qu'amendée ; Loi sur l'aide à la réadaptation des vétérans de l'ère du Vietnam de 1974, telle qu'amendée, 38 U.S.C. 4212 ou représailles).

Étape 2 : Dans le cadre du programme, cochez ce que vous croyez être le fondement de la discrimination commise contre vous, tels la race, le sexe ou la nationalité. Si vous croyez qu'il y a plus d'un fondement, vous pouvez cocher plusieurs cases. Vous pouvez également cocher plus d'une catégorie raciale / ethnique.

☐ **Décret 11246,** tel qu'amendé**.** Ce Décret couvre les personnes alléguant une discrimination en raison de leur race, couleur, religion, sexe ou origine nationale. Si vous cochez cette case, votre plainte sera également déposée comme accusation en vertu du Chapitre VII de la Loi sur les droits civils de 1964. Je crois avoir été (ou je continue à être) victime de discrimination en raison de ma / mon :

Fondements :

☐ Race
☐ Couleur
☐ Religion
☐ Sexe ☐ Femme ☐ Homme
☐ Origine nationale
☐ Autre

☐ Hispanique ou latino-américaine
☐ Non hispanique ou latino-américa

☐ Amérindienne ou autochtone de l'Alaska
☐ Asiatique
☐ Noire ou afro-américaine
☐ Autochtone d'Hawaï ou autres habitants des îles du P
☐ Blanche

☐ **Article 503 de la Loi sur la réinsertion de 1973**, tel qu'amendé. Cette Loi couvre les individus handicapés, les personnes avec un historique d'handicap physique ou mental et les personnes considérées par l'employeur comme étant handicapées. Si vous cochez cette case, votre plainte sera également déposée comme accusation en vertu de la Loi relative aux Américains handicapés.

Fondement : ☐ Handicap Veuillez cocher si vous êtes un vétéran : ☐ Oui ☐ Non

☐ **Loi sur l'aide à la réadaptation des vétérans de l'ère du Vietnam de1974**, telle qu'amendée, 38 U.S.C. 4212. Cette Loi couvre les vétérans handicapés spéciaux, les vétérans de l'ère du Vietnam, les vétérans récemment séparés, les vétérans handicapés, les vétérans médaillés par le Service des Forces armées et les autres vétérans protégés.

☐ **Représailles :** Il est illégal d'harceler, d'intimider, de menacer, d'exercer de la coercition ou de discriminer un individu en raison du fait qu'il a déposé une plainte, a participé à des procédures relatives à la discrimination ou s'est autrement opposé à la discrimination en vertu d'un des programmes fédéraux ci-dessus.

SI VOTRE PLAINTE EST FONDÉE SUR LE STATUT DE VÉTÉRAN, COCHEZ UNE OU PLUSIEURS DES CASES APPLICABLES SUIVANTES :

☐ J'ai été libéré du service actif le (inscrivez la date de démobilisation ou de libération). _____

☐ Je suis un vétéran qui, lors de son service actif dans les Forces armées, a participé à une opération militaire américaine pour laquelle une médaille du Service des Forces armées a été décernée en vertu du Décret 12985 (61 CFR 1209).

☐ J'ai servi activement pendant une guerre ou une campagne ou encore une expédition pour laquelle un insigne de campagne était autorisé.

☐ J'ai servi activement pendant une période de plus de 180 jours et j'ai été démobilisé ou libéré, pour un motif autre qu'une cause d'indignité, et j'ai été en service actif dans la République du Vietnam entre le 28 février 1961 et le 7 mai 1975 ou bien entre le 5 août 1964 et le 7 mai 1975 dans tous les autres cas.

☐ J'ai été démobilisé ou libéré du service actif en raison d'un handicap lié au service. Si vous cochez cette case, présentez avec ce formulaire les renseignements médicaux ayant mené à la démobilisation ou à la libération. (Ces renseignements sont disponibles dans votre Dossier militaire principal [Master Military Record] conservé au Centre national des dossiers personnels [National Personnel Record Center], 9700 Page Boulevard, St. Louis, MO 63132.)

Je suis un vétéran qui a droit à des prestations d'invalidité (ou qui aurait droit à des prestations d'invalidité s'il ne recevait pas de salaire de militaire à la retraite) aux termes des lois gérées par le Secrétaire du département des Vétérans (Secretary of Veterans Affairs). Cochez une des cases suivantes :

☐ Taux d'invalidité de 30 % ou plus

☐ Taux d'invalidité de 10 % ou 20 % et il a été officiellement reconnu qu'une incapacité d'emploi grave existe.

☐ Taux d'invalidité, mais ni a, ni b

Étape 3 : Cochez les actes que vous croyez que votre employeur a commis ou a omis de commettre en raison de votre race, couleur, religion, sexe, origine nationale, handicap ou statut de vétéran (vous pouvez cocher plus d'une case) :

Problème(s) :

☐ Embauche
☐ Congédiement
☐ Mise à pied
☐ Rappel
☐ Salaires
☐ Promotion
☐ Rétrogradation
☐ Ancienneté
☐ Harcèlement
☐ Avantages sociaux
☐ Attribution des tâches
☐ Formation et apprentissage
☐ Installations séparées
☐ Congé de maternité
☐ Mesures d'adaptation pour les handicapés
☐ Observance du jour du sabbat
☐ Intimidation
☐ Autre _____

POUR CHAQUE PROBLÈME, EXPLIQUEZ DANS VOTRE DÉCLARATION EN QUOI VOUS AVEZ ÉTÉ DISCRIMINÉ.

1. Connaissez-vous d'autres employés ou candidats, de votre groupe, qui ont été traités de la même façon (cochée ci-dessus) que vous alléguez avoir été traité ?

   ☐ Oui ☐ Non Si oui, inscrivez leurs noms dans votre déclaration ci-dessous et expliquez comment ils ont été traités.

2. Connaissez-vous d'autres employés ou candidats, ne faisant pas partie de votre groupe, qui ont été traités de la même façon (cochée ci-dessus) que vous alléguez avoir été traité ?
   ☐ Oui ☐ Non Si oui, inscrivez leurs noms dans votre déclaration ci-dessous et expliquez comment ils ont été traités.

LA PLAINTE.

Décrivez de façon détaillée l' / les acte(s) discriminatoire(s) / de représailles allégué(s).
Veuillez inclure :

- Pourquoi croyez-vous que l' / les acte(s) ont été commis en raison de votre handicap, statut de vétéran, race, couleur, religion, sexe ou origine nationale et pourquoi croyez-vous que cet / ces acte(s) étaient des représailles.
- Dates, endroits, noms et titres des personnes impliquées, ainsi que témoins, le cas échéant :
- Quel préjudice avez-vous subi, vous ou les autres avec qui vous travaillez, en résultat de l' / des actes de discrimination alléguée(s) ;
- Quelle explication, si telle il y a, a été donnée par l'employeur pour cet / ces acte(s) et
- Tous renseignements que vous possédez relativement aux contrats fédéraux que détient l'employeur.

Si votre plainte est fondée sur l'invalidité, décrivez votre handicap, votre historique de handicap ou pourquoi pensez-vous que votre employeur vous considère comme étant un handicapé.

(Inscrivez tous les renseignements requis dans la partie ci-dessus.)

Si vous avez demandé de l'aide pour la résolution de cette plainte auprès d'une autre source (autre organisme, avocat, procédure interne de règlement des griefs), veuillez indiquer ici le nom, la source, la date de demande d'aide et le résultat, le cas échéant :

Nom Date

Résultat :

AMI OU PARENTÉ :

Veuillez aviser l'OFCCP si vous changez d'adresse ou de numéro de téléphone. Vous pouvez indiquer une personne qui sait comment vous joindre si l'OFCCP n'est pas en mesure de vous contacter à votre propre adresse ou téléphone.

Nom

Ligne n°1 Ville

Ligne n°2 État Code postal

Lien de parenté

Téléphone :

VOUS AVEZ DÉPOSÉ UNE PLAINTE AILLEURS ?

Si vous avez déposé cette plainte, ou une plainte similaire, ailleurs, veuillez nous en aviser :

Nom

Ligne n°1 Ville

Ligne n°2 État Code postal

Contact :

Téléphone :

ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ ?

Si vous êtes représenté par un avocat ou une autre personne ou organisation, veuillez nous en aviser :

Nom

Ligne n°1 Ville

Ligne n°2 État Code postal

Contact :

Téléphone :

SIGNATURE ET VÉRIFICATION

Je déclare, sous peine de parjure, que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts, au meilleur de ma connaissance ou croyance. (Une déclaration délibérément fausse est punissable par la loi : 18 U.S.C. 1001.) J'autorise par la présente la divulgation de tous les renseignements médicaux, nécessaires pour l'enquête.

_____ _____

Signature du demandeur Date

Déclaration de charge publique

Nous estimons qu'en moyenne 1,28 heure sera nécessaire pour remplir ce formulaire de plainte, y compris le temps requis pour passer en revue les instructions, chercher dans les sources de données existantes, rassembler et conserver les données requises, ainsi que remplir et revoir les informations. Si vous avez des commentaires relatifs à ces estimations ou à tout autre aspect de ce formulaire de plainte, y compris des suggestions pour la réduction de la charge publique, veuillez les envoyer à la Division de la politique du Département des programmes de respect des obligations contractuelles fédérales (Office of Federal Contract Compliance Programs Policy Division [1250-0002]), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C-3325, Washington, D.C. 20210.)

N'ENVOYEZ PAS LE FORMULAIRE REMPLI À CE BUREAU

Ne rien inscrire en dessous de cette ligne

Le demandeur a vérifié cette plainte en ma présence. Cette plainte constitue maintenant le fondement d'une enquête en vertu du Décret 11246, tel qu'amendé ; de l'Article 503 de la Loi sur la réinsertion de 1973, telle qu'amendée et / ou de la Loi sur l'aide à la réadaptation des vétérans de l'ère du Vietnam de 1974, telle qu'amendée, 38 U.S.C. 4212).

Nom de l'enquêteur	Titre	Signature de l'enquêteur	Date

Submit Reset Print