

Complaint of Discrimination in Employment Under Federal Government Contracts
(연방정부 계약에 따른 고용 차별 진정서)

U.S. Department of Labor Office of Federal Contract Compliance Programs
미국 노동부 연방계약 준수 프로그램 사무소



작성 요령: 이 양식을 작성하기 전에 아래의 사생활 보호법을 비롯한 모든 내용을 읽어 주시기 바랍니다. OFCCP(노동부 산하 연방 계약준수 프로그램 사무소) 프로그램에서 규정하고 있는 고용 차별 행위에 대해 고발하고자 하는 경우 이 양식을 사용해 주십시오. 본 양식은 귀하의 자발적인 의사로 작성되며 OFCCP는 이 정보를 연방 계약자 커뮤니티의 고용기회 균등요건의 위반 여부를 확인하는 자료로 사용합니다. 참고: OMB(예산관리국)의 유효한 관리 번호가 없는 경우에는 이 양식을 작성할 필요가 없습니다.

OMB 번호: 1250-0002
유효기간: 2014/03/31

사생활 보호법 공지사항: 이 정보는 행정 명령 제 11246 호 수정 조항, 1973 년 재활법 503 항 수정 조항, 1974 년 베트남 참전용사 재기 지원법 수정 조항 38 U.S.C. 4212 호, 1964 년 미국 공민권법 제 VII 호 수정 조항 및/또는 1990 년 미국 장애인법 수정 조항에 근거하여 수집되는 것입니다. 이 정보는 진정 절차 및 위의 명령이나 법률의 위반 여부를 조사하는데 이용됩니다. 이 진정서의 사본은 해당 고용주에게 제공되며, 시민권법 제 VII 장 및 /또는 ADA 규정에 해당하는 경우에는 EEOC(미국 평등고용 추진위원회)에도 제공됩니다. 여기에서 수집되는 정보는 해당 진정 내용에 대해 알고 있는 다른 사람들을 통해 확인할 수도 있습니다. 이 진정서는 해당 고용주와의 타협 협상에 사용되거나, 청문회 증거 자료로 사용하거나 해당 관할 기관에 제출할 수도 있습니다. 이 진정서는 귀하가 자발적으로 작성한 것입니다. 단, 이 진정서를 제출하지 않는 경우, 시민권법 제 VII 장 및 /또는 ADA 규정의 위반 행위에 대한 귀하를 대신한 노동부의 조치에 제약이 있을 수 있으며 해당 법률에서 보장하는 귀하의 소송 권리에 영향을 미칠 수 있습니다.

보복 금지 조항: OFCCP 규정 및 시민권법 제 VII 장 및/또는 해당 ADA 규정에서는 진정서를 제출하거나 진정 내용의 조사에 협조한 모든 사람에 대한 고용주의 보복 행위를 금지하고 있습니다. 보복 행위에는 위협, 협박, 강압 또는 차별 행위가 포함됩니다. 보복 행위가 있는 경우 즉시 OFCCP 에 신고하시기 바랍니다.

진정서 제출 기한: 모든 진정서는 해당 차별행위가 발생한 시점부터 아래에 규정된 기간 내에 제출해야 합니다. 행정 명령 제 11246 호 - 180 일, 재활 및 재향군인법 - 300 일. OFCCP 의 국장이 승인한 경우 위 기간의 예외가 인정됩니다.

이름 및 주소: 이름 _____ 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____	차별 행위 업체 회사명 및 주소 회사명 _____ 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
전화번호 _____	전화번호 _____
이 양식을 노동부 산하 OFCCP 지역 사무소로 우편 발송하십시오.	차별 행위 최근 발생 일자:

1 단계: 위반되었다고 판단되는 사항에 체크하십시오(행정 명령 제 11246 호 수정 조항, 1973 년 재활법 503 항 수정 조항, 1974 년 베트남 참전용사 재기 지원법 수정 조항 38 U.S.C. 4212 호, 38 U.S.C. 4212, 또는 보복 금지법).

2 단계: 인종 차별, 성차별, 출신 국가 차별 등과 같이 귀하가 받았다고 판단되는 차별의 종류에 체크하십시오. 차별의 유형이 두 가지 이상인 경우 해당하는 내용에 모두 체크하십시오. 인종/민족 분류에 두 가지 이상을 체크해도 됩니다.

___ **행정 명령 제 11246** 수정 조항 이 명령에는 인종, 색깔, 종교, 성별, 또는 출신 국가에 따른 차별을 받은 사람들이 해당됩니다. 여기에 체크하는 경우 귀하의 진정 내용은 1964 년 미국 공민권법 제 VII 호에 의거하여 이첩됩니다. 본인은 아래와 같은 이유로 차별을 받았습니다 (또는 현재도 차별 받고 있습니다).

- 이유:
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 인종 | <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라틴 아메리카인 | <input type="checkbox"/> 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민 |
| <input type="checkbox"/> 색깔 | <input type="checkbox"/> 비 히스패닉 또는 비 라틴아메리카인 | <input type="checkbox"/> 아시아인 |
| <input type="checkbox"/> 종교 | | <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 |
| <input type="checkbox"/> 성 ___여성 ___남성 | | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주 |
| <input type="checkbox"/> 출신 국가 | | <input type="checkbox"/> 백인 |
| <input type="checkbox"/> 기타 | | |

___ **1973 년 재활법 503 항** 수정 조항 장애인, 육체적 또는 정신적 장애의 병력이 있는 사람 및 고용주가 장애인으로 간주한 사람은 이 법률의 적용을 받습니다. 여기에 체크하는 경우 귀하의 진정서는 미국 장애인 법에 따라 이첩됩니다.

이유 ___ 장애 재향 군인인 경우 체크하십시오: ___ 예 ___ 아니요

___ **1974 년 베트남 참전용사 재기 지원법** 수정 조항, 38 U.S.C. 4212. 이 법률은 장애가 있는 재향 군인, 베트남 참전용사, 최근 제대한 군인, 훈장을 수여 받은 퇴역 군인 및 기타 생활보호 대상 제대군인에게 적용됩니다.

보복 금지 조항: 진정서를 제출하거나, 차별 행위에 대한 소송을 제기하거나 기타 위에 규정된 연방 프로그램에 따라 차별 행위에 이의를 제기한 모든 사람에 대해 위협, 협박, 강압 또는 차별하는 행위는 법률로 금지되어 있습니다.

귀하의 진정 사항이 제대 군인의 지위에 관한 내용인 경우 아래에 한 가지 이상 체크하십시오.

본인은 다음 날짜에 제대 또는 퇴역 했습니다 (제대 또는 퇴역 일자를 기입하십시오) _____

본인은 군 복무 중 미국 군사 작전에 참가하여 행정 명령 12985 호 (61 CFR 1209)에 의거하여 훈장을 받았습니다.

본인은 군 복무 중 전쟁, 전투, 또는 원정에 참여하여 중군 기장을 받았습니다.

본인은 180 일 이상 군에 복무했으며, 불명예 제대가 아닌 전역 또는 퇴역한 사실이 있으며, 1961 년 2 월 28 일 - 1975 년 5 월 7 일 사이에 베트남에서 복무한 적이 있습니다. 또는 1964 년 8 월 5 일 - 1975 년 5 월 7 일 사이에 다른 곳에서 복무한 사실이 있습니다.

본인은 군 복무 관련 장애로 제대 또는 퇴역 했습니다. 여기에 표시하는 경우에는 제대 또는 퇴역하게 된 의료 정보를 이 양식과 함께 제출해야 합니다. (여기에 해당하는 정보는 국가 인사 기록 센터(National Personnel Record Center, 주소: Page Boulevard, St. Louis, MO 63132)에서 귀하의 병역기록을 통해 얻을 수 있습니다.)

본인은 보훈부 법령에 따라 보수를 받고 있습니다 (또는 군 퇴직 급여를 제외한 보수를 받을 자격이 있습니다.) 다음 중 하나에 체크하십시오.

장애 등급 30% 이상

장애 등급 10%, 또는 20%이며 공식적으로 중증의 직업 활동 장애 판정을 받았습니다.

장애 등급은 있으나 a 또는 b 에 해당하지 않습니다.

3 단계: 귀하의 인종, 색깔, 성별, 출신 국가, 장애 또는 퇴역 군인 신분으로 인해 고용주에게 차별 받았다고 생각되는 내용에 표시하십시오. (두 가지 이상을 선택해도 됩니다.)

문제점:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 고용 | <input type="checkbox"/> 진급 | <input type="checkbox"/> 업무 배정 | <input type="checkbox"/> 안식일 준수 |
| <input type="checkbox"/> 면직 | <input type="checkbox"/> 좌천 | <input type="checkbox"/> 훈련 및 견습 | <input type="checkbox"/> 협박 |
| <input type="checkbox"/> 해고 | <input type="checkbox"/> 연공 서열 | <input type="checkbox"/> 인종 차별적 시설 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 해임 | <input type="checkbox"/> 성희롱 | <input type="checkbox"/> 임신 휴가 | |
| <input type="checkbox"/> 임금 | <input type="checkbox"/> 직업 혜택 | <input type="checkbox"/> 장애인 편의 시설 | |

각각의 문제들에 대해 귀하가 받은 차별에 대한 내용을 설명하십시오.

1. 귀하의 팀에 소속된 다른 종업원이나 지원자들 중 (위에 표시된) 내용과 같은 방식으로 차별 받은 사람들이 있습니까?

예 아니요. '예'라고 대답한 경우 아래의 내용에 차별 받은 사람들의 이름과 차별 받은 내용을 적어 주십시오.

2. 귀하의 팀에 소속되지 않은 다른 종업원이나 지원자들 중 (위에 표시된) 내용과 같은 방식으로 차별 받은 사람들이 있습니까?

예 아니요. '예'라고 대답한 경우 아래의 내용에 차별 받은 사람들의 이름과 차별 받은 내용을 적어 주십시오.

진정 내용

차별/보복 행위를 구체적으로 기술하십시오.

다음과 같은 내용을 포함해 주십시오.

- 귀하의 장애, 제대군인 신분, 인종, 색깔, 종교, 성별, 또는 출신 국가로 인해 차별 받았다고 생각하는 이유 및 보복 행위라고 판단되는 이유
- 차별 행위가 발생한 날짜, 장소 및 관련된 사람 및 목격자의 이름과 직책
- 해당 차별 행위로 인해 귀하 또는 귀하의 다른 직장 동료에게 발생한 손해
- 고용주가 해당 차별 행위에 대해 설명한 경우 그 내용을 기술하십시오.
- 고용주가 보유한 연방 계약에 관해 귀하가 알고 있는 기타 모든 정보.

장애와 관련된 진정 내용인 경우에는 장애의 내용, 귀하의 장애 이력, 또는 고용주가 귀하를 장애인으로 간주하는 것으로 생각하는 이유를 적으십시오.

(위의 빈 칸에 되도록 많은 정보를 기술하십시오)

이 진정서의 내용을 해결하기 위해 다른 곳(다른 정부기관, 변호사, 소청 절차 등)의 도움을 구한 경우에는 기관명, 도움을 구한 날짜 및 그 결과에 대해 기술하십시오.

이름 _____	날짜 _____
결과:	

친구 또는 친척:

귀하의 주소나 전화번호가 변경된 경우 OFCCP 에 알려 주십시오. OFCCP 가 귀하의 주소나 전화로 연락할 수 없는 경우 귀하의 연락처를 알고 있는 사람의 정보를 기입해 주십시오.

이름 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

관계 _____

전화번호 _____

<p>다른 곳에 진정서를 제출하셨습니다? 이 진정서 또는 유사한 서류를 다른 곳에 제출한 경우 다음 정보를 제공해 주십시오.</p> <p>기관명 _____</p> <p>주소 _____</p> <p>시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>담당자 _____</p> <p>전화번호 _____</p>	<p>대리인이 있으십니까? 변호사, 다른 사람, 또는 다른 기관이 귀하를 대리하는 경우 다음 정보를 제공해 주십시오.</p> <p>이름 _____</p> <p>주소 _____</p> <p>시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>담당자 _____</p> <p>전화번호 _____</p>
---	--

서명 및 확인

본인은 위증에 대한 책임 하에 본인이 알고 있는 사실이나 신념에 의거하여 위의 정보가 사실이며 올바른 것이라는 점을 진술합니다. (고의적인 거짓 진술은 18 U.S.C. 1001 법률에 따라 처벌될 수 있습니다.) 본인은 조사에 필요한 모든 의료 정보의 공개에 동의합니다.

진정인 서명

날짜

공적 부담 공지사항

우리 사무소는 이 진정서의 작성에 지시 사항 검토, 기존 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 유지, 정보 작성 및 검토를 포함하여 평균 1.28 시간이 소요되는 것으로 판단하고 있습니다. 이러한 공적 부담의 경감 방안을 포함하여 우리 기관의 소요시간 평가 또는 다른 모든 진정서 양식과 관련된 내용에 대한 의견이 있는 경우 연방 계약준수 프로그램 정책국(Federal Contract Compliance Programs Policy Division (1250-0002)) 사무소 (주소:200 Constitution Avenue, N.W., Room C-3325, Washington, D.C. 20210)로 제안 사항을 보내 주십시오.

작성된 양식을 위의 사무소로 발송하지 마십시오.

이 줄 아래로는 내용을 기입하지 마십시오.

본인의 입회 하에 진정인이 이 진정서를 확인하였습니다. 이 진정서는 행정 명령 제 11246 호 수정 조항, 1973 년 재활법 503 항 수정 조항, 1974 년 베트남 참전용사 재기 지원법 수정 조항 38 U.S.C. 4212 호에 의거하여 조사 활동의 근거가 됩니다.

조사관 이름

직책

조사관 서명

날짜