Skarga z tytułu dyskryminacji w zakresie zatrudnienia
W oparciu o federalne kontrakty rządowe

Departament Pracy USA
Federalny Urząd Programów Zgodności Prawnej

Reset Print Submit

**Instrukcje**: Przed wypełnieniem tego formularza, prosimy przeczytać wszystkie instrukcje, w tym informacje dotyczące Ustawy o Ochronie Danych Osobowych. Użyj tego formularza do złożenia skargi dotyczącej dyskryminacji w kwestii zatrudnienia w ramach któregokolwiek programu OFCCP. Odpowiedzi są dobrowolne, jednak OFCCP traktuje te informacje jako źródło określania potencjalnych przypadków łamania wymogów prawnych w zakresie równości zatrudnienia w oparciu o kontrakty federalne. Uwaga: Nie ma obowiązku odpowiadania na niniejszą ankietę, jeżeli formularz nie zawiera ważnego numeru kontrolnego OMB.

Nr OMB: 1250-0002
Ważny do: 31-03-2014

**Informacja o Ustawie o Ochronie Danych Osobowych:** Podstawę prawną dla niniejszej ankiety stanowią Akt Wykonawczy 11246 wraz z późn. zm., Par. 503 Ustawy o Rehabilitacji z 1973 wraz z późn. zm.; Ustawa o Pomocy Dla Weteranów Wojny w Wietnamie z 1974 wraz z późn. zm, Artykuł 38 Kodeksu Stanów Zjednoczonych 4212; Artykuł VII Ustawy o Prawach Obywatelskich z 1964 wraz z późn. zm.; i/lub Artykuł I Ustawy o Niepełnosprawnych z 1990 wraz z późn. zm. (ADA). Niniejsze informacje wykorzystywane są do rozpatrywania skarg i prowadzenia dochodzeń dotyczących domniemanych przypadków złamania powyższych aktów prawnych. Kopia niniejszej skargi zostanie przesłana pracodawcy, wobec którego ją wysunięto oraz, w przypadkach, w których ma zastosowanie Artykuł VII i/lub ADA, Federalnemu Urzędowi Ds. Równości Zatrudnienia (EEOC). Uzyskane informacje mogą podlegać weryfikacji w oparciu o ewentualną wiedzę osób trzecich w zakresie przedmiotowej skargi. Mogą zostać wykorzystane w celu przeprowadzenia negocjacji z pracodawcą lub jako dowód na rozprawie, bądź mogą zostać ujawnione stronom trzecim posiadającym jurysdykcję w przedmiotowej sprawie. Udzielanie niniejszych informacji jest dobrowolne; jednak nie przedstawienie ich ograniczy działania, które Departament Pracy może podjąć w twoim imieniu i, w odniesieniu do kwestii regulowanych przez Artykuł VII lub ADA, może wpłynąć na twoje prawo do roszczeń na drodze sądowej.

**Zakaz działań odwetowych**: Przepisy OFCCP oraz Artykuł VII i/lub ADA wymagają w razie konieczności, aby pracodawca podjął wszelkie konieczne kroki celem zabezpieczenia osób składających skargę lub pomagających w dochodzeniu przed działaniami odwetowymi. Obejmuje to m.in. zastraszanie, groźby, wymuszanie lub dyskryminację. Prosimy bezzwłocznie powiadomić OFCCP w przypadku jakichkolwiek prób odwetu.

**Terminy składania skarg**: Wszelkie skargi należy składać w określonym terminie od wystąpienia ostatniego przypadku zgłaszanej dyskryminacji: w ramach Aktu Wykonawczego – 180 dni; Ustawy o Rehabilitacji i Pomocy dla Weteranów – 300 dni. Przypadki szczególne wymagają zatwierdzenia **Dyrektora.**

| | |
|---|---|
| Nazwisko i adres:<br>Nazwisko _____<br>Adres _____<br>Miasto _____ Stan _____ Kod _____ | Nazwa i adres firmy, którą oskarżasz o dyskryminację wobec ciebie:<br>Nazwa _____<br>Adres _____<br>Miasto _____ Stan _____ Kod _____ |
| Nr telefonu _____ | Nr telefonu _____ |
| Prześlij ten formularz do Departamentu Pracy, na adres Regionalnego Biura OFCCP:<br>_____ | Podaj datę (-y) ostatniego wystąpienia przypadku zgłaszanego aktu (-ów) dyskryminacji:<br>_____ _____ _____ _____ |

**Krok 1**: Zaznacz program, w oparciu o który zgłaszasz skargę (tj. Akt Wykonawczy 11246 wraz z późn. zm., Par. 503 Ustawy o Rehabilitacji z 1973 wraz z późn. zm.; Ustawa o Pomocy Dla Weteranów Wojny w Wietnamie z 1974 wraz z późn. zm, Artykuł 38 Kodeksu Stanów Zjednoczonych 4212 lub przypadek działań odwetowych)

**Krok 2**: W zakresie programu, zaznacz, co jest wg ciebie podstawą dyskryminacji wobec twojej osoby, np. rasa, płeć, czy narodowość. Jeśli twoim zdaniem jest więcej niż jedna podstawa, możesz zaznaczyć więcej. Można również zaznaczyć więcej niż jedną kategorię rasową/etniczną.

☐ **Akt Wykonawczy 11246**, wraz z późn. zm. Akt ten dotyczy osób zgłaszających dyskryminację ze względu na rasę, kolor skóry, religię, płeć, czy narodowość. Jeżeli zaznaczysz tę opcję, twoja skarga zostanie również zarejestrowana w ramach Artykułu VII Ustawy o Prawach Obywatelskich z 1964. Uważam, że byłem (a) [lub nadal jestem] dyskryminowany (a) z powodu:

Podstawy:

- ☐ Rasa
- ☐ Kolor skóry
- ☐ Religia
- ☐ Płeć ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
- ☐ Narodowość
- ☐ Inne

- ☐ pochodzenie latynoskie
- ☐ nie latynoskie

- ☐ Rdzenny Amerykanin lub mieszkaniec Alaski
- ☐ Azjata
- ☐ Murzyn lub Afroamerykanin
- ☐ Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec wysp Pacyfiku
- ☐ Biały

☐ **Paragraf 503 Ustawy o Rehabilitacji z 1973**, wraz z późn. zm. Ustawa ta dotyczy osób niepełnosprawnych fizycznie lub umysłowo i osób uznawanych za niepełnosprawne przez pracodawcę. Jeżeli zaznaczysz tę opcję, twoja skarga zostanie również zarejestrowana w ramach Ustawy o Niepełnosprawnych.

Podstawa ____ Niepełnosprawność Prosimy zaznaczyć, czy jesteś weteranem: ____ Tak ____ Nie

____ **Ustawa o Pomocy Dla Weteranów Wojny w Wietnamie z 1974**, wraz z późn. zm., Artykuł 38 Kodeksu Stanów Zjednoczonych 4212. Ustawa ta dotyczy niepełnosprawnych weteranów wojennych, weteranów wojny wietnamskiej, osób niedawno uznanych za weteranów, odznaczonych weteranów Sił Zbrojnych, a także innych chronionych prawem weteranów.

____ **Akty odwetu**: Wszelkie szykany, zastraszanie, groźby, wymuszanie lub dyskryminacja przeciwko danej osobie w związku ze złożeniem przez nią skargi, uczestnictwem w postępowaniu dotyczącym dyskryminacji lub przeciwstawianiu się dyskryminacji w oparciu o jeden z wymienionych wyżej programów federalnych, są niezgodne z prawem.

Formularz CC-4

**JEŻELI PODSTAWĄ TWOJEJ SKARGI JEST STATUS WETERANA, ZAZNACZ JEDNĄ LUB WIĘCEJ Z NASTĘPUJĄCYCH OPCJI.**

____ Zostałem zwolniony lub zakończyłem służbę (wstawić datę zwolnienia lub zakończenia)_____

____ Jestem weteranem, który odbywając służbę w Siłach Zbrojnych, uczestniczył w operacji wojskowej Stanów Zjednoczonych, za którą przyznano odznaczenie zgodnie z Aktem Wykonawczym 12985 (61 CFR 1209).

____ Odbywałem czynną służbę podczas wojny lub w trakcie kampanii bądź ekspedycji, za uczestnictwo w której przyznano odznaczenie.

____ Odbywałem czynną służbę przez okres ponad 180 dni i zakończyłem służbę lub zostałem z niej zwolniony z przyczyn innych niż dyscyplinarne, jak również czynna służba miała miejsce w Republice Wietnamskiej między 28 lutego 1961 a 7 maja 1975; lub między 5 sierpnia 1964 a 7 maja 1975 we wszystkich innych przypadkach.

____ Zostałem zwolniony lub zakończyłem służbę w związku z niepełnosprawnością związaną ze służbą. W przypadku zaznaczenia tej opcji, należy przedłożyć wraz z niniejszym formularzem informacje medyczne związane ze zwolnieniem ze służby lub jej zakończeniem. (Przedmiotowe informacje są dostępne w Głównym Rejestrze Wojskowym przy Centralnym Archiwum Służby Państwowej, 9700 Page Boulevard, St. Louis, MO 63132.)

Jestem weteranem, który jest uprawniony do odszkodowania (lub byłby uprawniony do odszkodowania poza otrzymywaniem emerytury wojskowej) zgodnie z przepisami określonymi przez Sekretarza Ds. Weteranów. Prosimy zaznaczyć jedną z poniższych opcji:

____ Stopień niepełnosprawności 30% lub więcej

____ Stopień niepełnosprawności 10% lub 20% z określeniem poważnej niepełnosprawności w zakresie pracy

____ Stopień niepełnosprawności inny niż a lub b

**Krok 3**: Zaznacz działania, które pracodawca podjął lub których nie podjął ze względu na twoją rasę, kolor skóry, wyznanie, płeć, narodowość, niepełnosprawność lub status weterana (można zaznaczyć więcej niż jedną opcję):

**Zagadnienie(a)**:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ____ Wynajmowanie | ____ Awans | ____ Przydział pracy | ____ Przestrzeganie szabasu |
| ____ Unieważnienie | ____ Przeniesienie na niższe s stanowisko | ____ Szkolenie i praktyka | ____ Zastraszanie |
| ____ Zwolnienie | ____ Staż pracy | ____ Tereny wydzielone | ____ Inne_____ |
| ____ Odwołanie | ____ Nękanie | ____ Urlop z powodu ciąży | |
| ____ Płace | ____ Świadczenia pracownicze | ____ Przystosowanie do niepełnosprawności | |

**W PRZYPADKU KAŻDEGO ZAGADNIENIA, WYJAŚNIJ W OŚWIADCZENIU PONIŻEJ, W JAKI SPOSÓB BYŁEŚ DYSKRYMINOWANY.**

1. Czy znasz innych pracowników lub osoby składające skargę w twojej grupie, które traktowano tak samo (jak zaznaczono powyżej), jak rzekomo traktowano ciebie?

   ____ Tak ____ Nie Jeśli tak, podaj ich nazwiska w poniższym oświadczeniu i wyjaśnij, jak je traktowano.

2. Czy znasz pracowników lub osoby nie składające skargi w twojej grupie, które traktowano tak samo (jak zaznaczono powyżej), jak rzekomo traktowano ciebie?

   ____ Tak ____ Nie Jeśli tak, podaj ich nazwiska w poniższym oświadczeniu i wyjaśnij, jak je traktowano.

**SKARGA**

Opisz szczegółowo rzekome akty dyskryminacji/ odwetu.
Prosimy podać:

- Dlaczego uważasz, że te zachowania spowodowane były twoją niepełnosprawnością, statusem weterana, kolorem skóry, rasą, wyznaniem, płcią lub narodowością i dlaczego twoim zdaniem miały miejsce działania odwetowe;

- Daty, miejsca i dane osób, który skarga dotyczy oraz świadków, jeżeli są;
- Jakie szkody poniosłeś ty lub inne osoby, z którymi pracujesz w rezultacie rzekomych aktów dyskryminacji;
- Jakie były, o ile w ogóle, wyjaśnienia pracodawcy w przedmiotowej sprawie; oraz
- Wszelkie informacje w zakresie kontraktów federalnych pracodawcy, w których posiadaniu jesteś.

Jeżeli skarga dotyczy niepełnosprawności, prosimy ją opisać, podać historię niepełnosprawności oraz dlaczego twoim zdaniem pracodawca uznał cię za osobę niepełnosprawną.

(Prosimy wpisać jak najwięcej wymaganych informacji w pole powyżej)

Jeżeli szukałeś pomocy w rozwiązaniu przedmiotowej sprawy u innej instytucji (innej agendy rządowej, prawnika, na drodze wewnętrznej procedury rozpatrywania skarg, etc.), prosimy podać nazwę/nazwisko, datę konsultacji i ich rezultat, jeśli ma to zastosowanie:

Nazwa/Nazwisko _____ Data _____
Rezultat:

**PRZYJACIEL LUB KREWNY:**
Prosimy poinformować OFCCP w przypadku zmiany adresu lub numeru telefonu. Można podać osobę kontaktową w przypadku, jeśli OFCCP nie będzie w stanie skontaktować się z tobą bezpośrednio.

Nazwisko _____

Adres _____

Miasto _____ Stan _____ Kod _____

Związek z osobą powyżej _____

Telefon _____

| ZŁOŻYŁEŚ SKARGĘ GDZIE INDZIEJ? | JESTEŚ PRZEZ KOGOŚ REPREZENTOWANY? |
|---|---|
| Jeżeli złożyłeś tę lub podobną skargę gdzie indziej, prosimy podać: | Jeżeli jesteś reprezentowany przez prawnika lub inną osobę, czy organizację, prosimy podać: |
| Nazwa/Nazwisko _____ | Nazwa/Nazwisko _____ |
| Adres _____ | Adres _____ |
| Miasto _____ Stan _____ Kod _____ | Miasto _____ Stan _____ Kod _____ |
| Związek z osobą powyżej _____ | Związek z osobą powyżej _____ |
| Telefon _____ | Telefon _____ |

**PODPIS I WERYFIKACJA**
Oświadczam pod groźbą kary za składanie fałszywych zeznań, że informacje podane powyżej są prawdziwe i wedle mojej najlepszej wiedzy i przekonania, zgodne ze stanem faktycznym. (Świadome składanie fałszywych oświadczeń jest karalne w oparciu o Artykuł 19 Kodeksu

Stanów Zjednoczonych 1001.). Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystanie wszelkich informacji medycznych niezbędnych dla wyjaśnienia skargi.

Podpis osoby składającej skargę | Data

**Informacja o ciężarze publicznym**

Oceniamy, że wypełnienie niniejszego formularza skargi zabierze średnio 1,28 godziny, wliczając czas na zapoznanie się z instrukcjami, wyszukanie istniejących danych, zebranie i zachowanie potrzebnych danych, a także wypełnienie i sprawdzenie informacji. Jeżeli mają Państwo jakieś komentarze dotyczące naszych szacunków lub innego aspektu niniejszego formularza skargi, włącznie z sugestiami ograniczenia przedmiotowego obciążenia, prosimy je przesłać na adres: the Office of Federal Contract Compliance Programs Policy Division (1250-0002) 200 Constitution Avenue, N.W., Room C-3325, Washington, D.C. 20210.

**NIE WYSYŁAĆ WYPELNIONEGO FORMULARZA NA POWYŻSZY ADRES**

**Nie pisać poniżej tej linii**

Osoba składająca skargę potwierdziła w mojej obecności zgodność podanych informacji. Niniejsza skarga stanowi obecnie podstawę wszczęcia procedury wyjaśniającej w oparciu o Akt Wykonawczy 11246 wraz z późn. zm., Par. 503 Ustawy o Rehabilitacji z 1973 wraz z późn. zm.; i/lub Ustawę o Pomocy Dla Weteranów Wojny w Wietnamie z 1974 wraz z późn. zm, (Artykuł 38 Kodeksu Stanów Zjednoczonych 4212).

| Nazwisko prowadzącego postępowanie | Tytuł | Podpis prowadzącego postępowanie | Data |
|---|---|---|---|

Submit Reset Print