Reclamação de Discriminação no Emprego Sob Contrato com o Governo Federal (Complaint of Discrimination in Employment Under Federal Government Contracts)

Secretaria de Trabalho dos EUA
Secretaria Federal de Contrato Programas de Conformidade
(U.S. Department of Labor – Office of Federal Contract Compliance Programs)

Reset | Print | Submit

Instruções: Antes de preencher este formulário, leia todas as instruções, incluindo a declaração do ato de privacidade. Use este formulário para registrar uma reclamação de discriminação no emprego sob qualquer um dos programas SFCGF (Office of Federal Contract Compliance Program). Ao responder voluntariamente, a SFCGF usa estas informações para identificar possíveis violações de requisitos de oportunidade iguais de emprego na comunidade de contratados federais. Nota: Não é necessário que as pessoas respondam à estas informações, a menos que apresente um número de controle OMB atualmente válido.

Nº OMB: 1250-0002
Data de validade: 31/03/2014

Aviso da lei de privacidade: A permissão para coletar estas informações é dada pela ordem executiva 11246, conforme alteração; seção 503 da lei de reabilitação (Rehabilitation Act) de 1973, conforme a alteração; a lei de assistência de reajuste dos ex-combatentes do Vietnã (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) de 1974, conforme a alteração, 38 U.S.C. 4212; título VII da lei de direitos civis (Civil Rights Act) de 1964, conforme a alteração e/ou título I da lei americana de incapacidade de 1990, conforme a alteração (ADA). Estas informações são usadas para processar reclamações e conduzir investigações de violações alegadas dos atos ou ordens descritas acima. Forneceremos uma cópia desta reclamação ao empregador que o réu no processo, quando as questões alegadas são incluídas no título VII e/ou a ADA, para a comissão de oportunidade igualitárias de trabalho (EEOC, Equal Employment Opportunity Commission). As informações coletadas são verificadas com terceiros que podem fornecer dados relevantes para a reclamação. Podem ser usadas em negociações de acordo com o empregador ou durante a apresentação de evidência na audição ou podem ser divulgadas para outras agências com jurisdição sobre a reclamação. Fornecer estas informações é de livre arbítrio; contudo, se deixar de fornecê-las, restringirá a ação que a secretaria de trabalho pode tomar para seu próprio benefício e para assuntos cobertos pela título VII ou a ADA, podem afetar seus direitos de processar sob estas leis.

Não retaliação: Os regulamentos da SFCGF e o título VII e/ou ADA onde aplicável, requerem que o empregador tome as medidas necessárias para assegurar que não existe retaliação contra qualquer pessoa que registra uma reclamação ou ajuda na sua investigação. Isto inclui qualquer intimidação, ameaça, coerção ou discriminação. Notifique a SFCGF imediatamente se qualquer tentativa alegada na retaliação seja feita.

Preenchimento rápido: Todas as reclamações devem ser registradas com um número específico de dias seguido da ocorrência mais recente da discriminação alegada: Ordem executiva 11246, 180 dias e a lei de ex-combatente e reabilitação, 300 dias. As exceções devem ser aprovadas pelo diretor.

Nome e endereço: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. Nome Nº de linha 1 Cidade Nº de linha 2 Estado Código postal	Nome e endereço da empresa que agiu de forma indiscriminada: Nome Nº de linha 1 Cidade Nº de linha 2 Estado Código postal
Nº de telefone	Nº de telefone
Envie este formulário por correio para a secretaria de trabalho, setor regional da SFCGF:	Forneça o(s) dado(s) da(s) ocorrência(s) mais recente(s) da(s) lei(s) de discriminação alegada:

Passo 1: Marque esta caixa próxima do programa que está preenchendo sob (ex. ordem executiva 11246, conforme a alteração; seção 503 da lei de reabilitação de 1973, conforme a alteração ou a lei assistência de reajuste de ex-combatente do Vietnã ,de 1974, conforme a alteração, 38 U.S.C. 4212 ou retaliação)

Passo 2: Sob o programa, marque o que acredita ser a base da discriminação contra você, tais como raça, sexo ou nacionalidade. Se acha que ocorreu mais de uma base, pode marcar mais de uma. Pode marcar também mais de uma categoria de raça/ética.

☐ **Ordem executiva 11246**, conforme a alteração. Esta lei cobre as pessoas que alegam a discriminação por causa de raça, cor, religião, sexo ou nacionalidade. Se marcar esta opção, sua reclamação será registrada duas vezes sob o título VII da lei de direitos civis de 1964. Acredito que fui (ou continua a ser) discriminado por causa da fatores seguintes:

Bases:

- ☐ Raça
- ☐ Cor
- ☐ Religião
- ☐ Sexo ☐ Mulher ☐ Homem
- ☐ Nacionalidade
- ☐ Outros
- ☐ Hispânico ou latino
- ☐ Não hispânico ou latino
- ☐ Índio americano ou nativo do Alasca
- ☐ Asiático
- ☐ Negro ou americano africano
- ☐ Nativo do Havaí ou outra ilha do pacífico
- ☐ Branco

☐ **Seção 503 da lei de reabilitação de 1973**, conforme a alteração. Esta lei fornece proteção aos indivíduos com uma incapacidade, pessoas com um histórico de incapacidade física ou mental e pessoas consideradas como incapacitadas pelo empregador. Se marcar aqui, sua reclamação será registrada duas vezes como uma acusação sob a lei americana de incapacidade.

Base: ☐ Incapacidade Marcar se for um ex-combatente: ☐ Sim ☐ Não

☐ **Lei de assistência de reajuste de ex-combatente do Vietnã de 1974**, conforme a alteração, 38 U.S.C. 4212. Esta lei cobre ex-combatentes incapacitados especiais, ex-combatentes do Vietnã, ex-combatentes recentemente separados, ex-combatentes incapacitados, ex-combatentes da reserva e outros ex-combatentes protegidos.

☐ **Retaliação**: É ilegal assediar, intimidar, ameaçar, coagir ou discriminar contra qualquer indivíduo que registrar uma reclamação, participou de um procedimento de discriminação ou algum outro tipo de discriminação oposta sob quaisquer programas federais acima.

SE SUA RECLAMAÇÃO FOI BASEADA NO STATUS DE EX-COMBATENTE, MARQUE UMA OU MAIS CAIXA(S) APLICÁVEL(EIS):

☐ Recebi baixa ou fui liberado do serviço ativo em (insira a data de baixa ou liberação)

☐ Sou um ex-combatente do serviço ativo nas forças armadas que participou de operação militar dos EUA quando ganhei uma medalha de honra das forças armadas, de acordo com a ordem executiva 12985 (61 CFR 1209).

☐ Servi no serviço ativo durante a guerra ou uma campanha ou expedição em que uma medalha de campanha foi autorizada.

☐ Servi no serviço ativo por mais de 180 dias e recebi baixa ou fui liberado com desonra e o serviço ativo ocorreu na república do Vietnã entre 28 de fevereiro de 1961 e 7 de maio de 1975; ou entre 5 de agosto de 1964 e 7 de maio de 1975 em todos os casos.

☐ Recebi baixa ou fui liberado do serviço ativo devido a uma incapacidade relacionada com o serviço. Se marcar esta caixa, submeta as informações clínicas da baixa ou liberação com este formulário. (Estas informações estão disponíveis de seu registro militar principal do centro nacional de registro pessoal, 9700 Page Boulevard, St. Louis, MO 63132.)

Sou um ex-combatente com direito a compensação (ou que além do recebimento de pensão militar teria direito a compensação), sob as leis administradas pela secretaria de assuntos de ex-combatentes. Marque um dos seguintes:

☐ Taxa de incapacidade de 30% ou mais

☐ Taxa de incapacidade de 10% ou 20% e que foram oficialmente determinadas como uma incapacidade de emprego grave.

☐ Taxa de incapacidade, porém nem a e nem b

Passo 3: Marque estas ações que acreditam que o empregador tomou ou que deixou de tomar por causa de raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, incapacidade ou status de ex-combatente (pode marcar mais de uma):

Questão(s):

☐ Contratação	☐ Promoção	☐ Atribuição de função	☐ Observação do dia de sabá
☐ Término	☐ Rebaixamento	☐ Treinamento e aprendizagem	☐ Intimidação
☐ Demissão	☐ Antiguidade	☐ Instalações segregadas	☐ Outros
☐ Rechamada	☐ Assédio	☐ Licença por gravidez	
☐ Salários	☐ Benefícios da função	☐ Acomodação para incapacidade	

PARA CADA ASSUNTO, EXPLIQUE NA SUA DECLARAÇÃO ABAIXO COMO FOI DISCRIMINADO.

1. Conhece qualquer outro empregado ou candidato de seu grupo que foi tratado da mesma forma (marcado acima) que alegou?

   ☐ Sim ☐ Não Se positivo, inclua seus nomes na sua declaração abaixo e explique como foi o tratamento.

2. Conhece qualquer outro empregado ou candidato de seu grupo que foi tratado da mesma forma (marcado acima) que alegou?
   ☐ Sim ☐ Não Se positivo, inclua seus nomes na sua declaração abaixo e explique como foi o tratamento.

A RECLAMAÇÃO.

Descreva detalhadamente a(s) lei(s) de retaliação/discriminatória.
Inclua:

- Por que acredita que o(s) ato(s) foi(foram) por causa da sua incapacidade, status de ex-combatente, raça, cor, religião, sexo, nacionalidade e se foi retaliação
- Datas, locais, nomes e títulos de pessoas envolvidas e testemunhas, se houver
- Qual dano, se houver, foi causado para si e terceiros com quem trabalha devido a(s) lei(s) discriminatória(s) alegada(s)
- Qual a explicação, se houver, foi oferecida para a(s) lei(s) pelo empregado e
- Quaisquer informações de contratos federais mantidas pelo empregador.

Se esta reclamação foi baseada na incapacidade, descreva-a aqui, incluindo seu histórico ou a razão que acha que o empregador o considerou incapacitado.

(Inclua todas as informações conforme necessário no bloco acima)

Caso solicite assistência ao resolver esta reclamação de outra fonte (outra agência, um advogado, procedimento de conflito interno, etc.) indique aqui e o nome da fonte, a data de registro da reclamação e o resultado, se houver:

Nome _____ Data _____
Resultado:

AMIGO OU PARENTE:
Notifique a SFCGF se mudar de endereço ou de telefone. Indique o nome de outra pessoa de contato caso a SFCGF não o encontre no seu próprio endereço ou telefone.

Nome _____

Nº de linha 1 _____ Cidade _____

Nº de linha 2 _____ Estado _____ Código postal _____

Relação _____

Telefone _____

Registrado em outra entidade? Se registrou esta reclamação ou uma similar em outra entidade, informe aqui:	Tem um representante legal? Se tiver representação ou advogado ou outra pessoa ou empresa, informe aqui:
Nome _____	Nome _____
Nº de linha 1 _____ Cidade _____	Nº de linha 1 _____ Cidade _____
Nº de linha 2 _____ Estado _____ Código postal _____	Nº de linha 2 _____ Estado _____ Código postal _____
Contato _____	Contato _____
Telefone _____	Telefone _____

ASSINATURA E VERIFICAÇÃO
Declaro sob pena de perjúrio que as informações dadas acima são verdadeiras e corretas de acordo com meu conhecimento ou crença. (Uma declaração falsa é punida por lei: 18 U.S.C. 1001.) Eu autorizo a liberação de qualquer informação clínica necessária para a investigação.

_____ _____
Assinatura da reclamação Data

Declaração de ônus pública

Estimamos que levará em média 1,28 horas para preencher este formulário de reclamação, incluindo o tempo de revisão das instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e arquivar os dados necessários e concluir a revisão das informações. Se tiver qualquer comentário em relação as estimativas ou qualquer outro aspecto deste formulário de reclamação, incluindo as sugestões para reduzir este ônus, envie-as para a secretaria da divisão de política de programas de conformidade de contrato federal (1250-0002) 200 Constitution Avenue, N.W., sala C-3325, Washington, D.C. 20210.
NÃO ENVIE O FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA ESTA SECRETARIA.

Não escreva abaixo desta linha

O autor da reclamação a verificou na minha presença. Esta reclamação é agora a base de uma investigação sob a ordem executiva 11246, conforme a alteração; seção 503 da lei de reabilitação de 1973, conforme a alteração e/ou a lei de assistência de reajuste de ex-combatente do Vietnã de 1974, conforme a alteração (38 U.S.C. 4212).

_____ _____ _____ _____
Nome do investigador Título Assinatura do investigador Data

Submit Reset Print