Жалоба о дискриминации при трудоустройстве в рамках федеральных контрактов

Reset Print Submit

Министерство труда США
Управление программ по соблюдению федерального контрактного права (OFCCP)

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

Инструкции: Прежде чем заполнить эту форму, пожалуйста, внимательно прочтите все инструкции, включая «Положение о неразглашении личной информации», представленное ниже. Используйте этот бланк для подачи жалобы о дискриминации при трудоустройстве в рамках любой из программ OFCCP. Несмотря на то, что ваше реагирование является добровольным, для OFCCP данная информация представляет собой источник выявления потенциальных нарушений требований по обеспечению равных возможностей трудоустройства среди федеральных подрядчиков. Примечание: Индивидуумы не обязаны принимать участие в этом сборе информации, за исключением тех случаев, когда он идентифицирован действительным на данный момент контрольным номером OMB.

№ OMB: 1250-0002
Действ. до: 03/31/2014

Положение о неразглашении личной информации: Основанием для сбора данной информации являются: правительственное распоряжение №11246, с поправками; раздел 503 акта о реабилитации от 1973 г., с поправками; акт о трудоустройстве ветеранов войны во Вьетнаме от 1974 г., с поправками (38 USC 4212); раздел VII Закона о гражданских правах от 1964 г., с поправками, и (или) раздел I Закона о защите прав нетрудоспособных граждан США от 1990 г., с поправками — (Americans with Disabilities Act — ADA). Данная информация используется для обработки жалобы и проведения расследования заявленных нарушений вышеперечисленных распоряжений и законов. Мы предоставим копию данной жалобы работодателю, на которого она была подана, и, в случае, если заявленные нарушения имеют отношение к разделу VII и (или) ADA, копия также будет отправлена в Комиссию США по равным возможностям в области трудоустройства (EEOC). Собранная информация может быть дополнительно засвидетельствована другими лицами, которые могут обладать знаниями, имеющими отношение к жалобе. Она может быть использована в переговорах об урегулировании проблемы с работодателем или в случае дачи свидетельских показаний в процессе судебного слушания. Также она может быть раскрыта для других органов, сфера полномочий которых распространяется на жалобу. Предоставление данной информации является добровольным. Однако отказ от предоставления информации ограничит действия, которые Министерство труда сможет предпринять в защиту ваших интересов. Также в случае нарушений, связанных с разделом VII или ADA, это может отразиться на вашем праве подачи судебного иска.

Отказ от преследований: Нормативные акты OFCCP, положения раздела VII и (или) положения ADA, там, где они применимы, требуют от работодателя предпринять все необходимые шаги, гарантирующие обязательство не принимать никаких ответных мер против любого человека, подавшего жалобу, или оказывающего помощь в проведении ее расследования. Это включает запугивания, угрозы, принуждения или дискриминацию любого рода. Пожалуйста, немедленно сообщайте представителям OFCCP, если по отношению к вам предпринята какая-либо предполагаемая попытка ответных действий.

Незамедлительная подача: Все жалобы должны быть поданы в течение указанного количества дней, прошедших с последнего случая предполагаемой дискриминации. Правительственное распоряжение №11246 — 180 дней; Акты о реабилитации и о трудоустройстве ветеранов — 300 дней. Исключения должны быть утверждены Директором.

Ф.И.О. и адрес: Ф.И.О._____ Адрес _____ Город _____ Штат _____ Зип-код _____	Название и адрес компании, которая, по вашему утверждению, совершила акт дискриминации против вас: Название_____ Адрес _____ Город _____ Штат _____ Зип-код _____
№ телефона_____	№ телефона_____
Отправьте эту форму по почте в Министерство труда в региональный офис OFCCP:	Укажите дату(-ы) совершения предполагаемого акта дискриминации:

Шаг 1: Отметьте галочкой графу рядом с названием программы, в рамках которой вы подаете жалобу (напр., правительственное распоряжение №11246, с поправками; раздел 503 акта о реабилитации от 1973 г., с поправками; акт о трудоустройстве ветеранов войны во Вьетнаме от 1974 г., с поправками (38 USC 4212), или преследования)

Шаг 2: Под названием программы, отметьте то, что вы считаете основой для проявления дискриминации в отношении вас, например, раса, пол или национальность. Если вы считаете, что оснований несколько, можно отметить все. Вы можете также отметить более одной расовой/этнической категории.

☐ **Правительственное распоряжение № 11246**, с поправками. Это распоряжение охватывает тех, кто предполагает дискриминацию на основании расы, цвета кожи, вероисповедания, пола или национального происхождения. Если отмечена эта графа, ваша жалоба будет также зарегистрирована как обвинение в нарушении раздела VII Закона о гражданских правах от 1964 года. Я считаю, что в отношении меня был совершен (продолжает совершаться) акт дискриминации на следующем основании:

Основания:

___Раса

___Цвет кожи

___Вероисповедание

___Пол ___Женский ___Мужской

___Национальное происхождение

___Другое

___Латиноамериканское происхождение

___Не латиноамериканское происхождение

___Американо-индейское происхождение или коренной житель Аляски

___Азиатское происхождение

___Африканское или афроамериканское происхождение

___Коренной житель Гавайский островов или других островов Тихого океана

___Белый

___ **Раздел 503 акта о реабилитации от 1973 г.**, с поправками. Этот закон распространяется на людей с ограниченными возможностями, на тех, кто имеет историю физической или психической недееспособности, а также на тех, кто был сочтен нетрудоспособным самими работодателями. Если отмечена эта графа, ваша жалоба будет также зарегистрирована как обвинение в нарушении Закона о защите прав нетрудоспособных граждан США.

Основание ____ Ограниченные возможности Пожалуйста, отметьте, если вы являетесь ветераном: ____ Да ____ Нет

___ **Акт о трудоустройстве ветеранов войны во Вьетнаме от 1974 г.**, с поправками, 38 U.S.C. 4212. Данный акт распространяется на ветеранов с особыми инвалидностями, ветеранов войны во Вьетнаме, ветеранов, недавно уволенных с военной службы, ветеранов-инвалидов, ветеранов, имеющих знаки отличия Вооруженных Сил и другие категории защищенных ветеранов.

___ **Преследование**: В соответствии с положениями любой из вышеперечисленных федеральных программ незаконным является преследование, запугивание, угрозы, принуждение или дискриминация в отношении любого лица, подавшего жалобу, принявшего участие в разбирательстве по факту дискриминации, или иным образом выразившего протест против дискриминации.

Форма CC-4

ЕСЛИ ВАША ЖАЛОБА ОСНОВАНА НА СТАТУСЕ ВЕТЕРАНА, ОТМЕТЬТЕ ОДНУ ИЛИ БОЛЬШЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ГРАФ.

___ Мое увольнение в запас или освобождение от действительной службы произошло (укажите дату увольнения или освобождения) ____

___ Я являюсь ветераном, который во время несения действительной службы в Вооруженных Силах, принимал участие в военных операциях США, за которые мною была получена медаль за службу в Вооруженных Силах согласно правительственному распоряжению № 12985 (61 CFR 1209).

___ Моя действительная служба проходила во время войны, кампании или экспедиции, за участие, в которой был утвержден специальный знак.

___ Мой период прохождения действительной военной службы составлял более 180 дней, и увольнение в запас или освобождение от службы произошло не по приговору суда за недостойное поведение. Во всех других случаях действительная военная служба проходила в Республике Вьетнам в период с 28 февраля 1961 г. по 7 мая 1975 г. или в период с 5 августа 1964 г. по 7 мая 1975 г.

___ Увольнение в запас или освобождение от действительной службы произошло по причине инвалидности, связанной со службой в ВС. Если вы отметили эту графу, сопроводите данную форму медицинской информацией, подтверждающей основание для увольнения в запас или освобождения от службы. (Эту информацию вы можете получить из основного личного дела военнослужащего (Master Military Record) в Национальном центре кадровой документации (National Personnel Record Center) по адресу: 9700 Page Boulevard, St. Louis, MO 63132.)

Я являюсь ветераном, имеющим право на компенсацию (или тем, кто в случае неполучения пенсии военнослужащего имел бы право на получение компенсации) в соответствии с законами, применяемыми Министром по делам ветеранов. Отметьте одну из следующих граф:

___ Показатель нетрудоспособности 30% и более

___ Показатель нетрудоспособности 10 % или 20% и официальным образом установлено серьезная нетрудоспособность

___ Показатель нетрудоспособности, но не a или b

Шаг 3: Отметьте те действия, которые, по вашему мнению, были предприняты (или не были предприняты) работодателем по причине вашей расовой, половой, религиозной принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, ограниченных возможностей или ветеранского статуса (можно отметить несколько):

Проблемный момент:

___ Прием на работу
___ Продвижение по службе
___ Распределение обязанностей
___ Соблюдение субботнего дня
___ Увольнение
___ Понижение в должности
___ Обучение и стажирование
___ Угрозы
___ Сокращение
___ Трудовой стаж
___ Сегрегация при пользовании помещениями и оборудованием
___ Другое _____
___ Отзыв
___ Домогательства
___ Отпуск по беременности
___ Заработная плата
___ Льготы работника
___ Приспособления для лиц с ограниченными возможностями

ПО КАЖДОМУ ПРОБЛЕМНОМУ МОМЕНТУ ОБЪЯСНИТЕ В СВОЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, КАКИМ ОБРАЗОМ В ОТНОШЕНИИ ВАС ОСУЩЕСТВЛЯЛАСЬ ДИСКРИМИНАЦИЯ.

1. Знаете ли вы других сотрудников или заявителей в вашей категории, к которым отнеслись так же, как вы полагаете, отнеслись к вам (из отмеченного выше)?

   ___ Да ___ Нет В случае положительного ответа, включите их имена в ваше заявление и объясните, как именно к ним отнеслись.

2. Знаете ли вы других сотрудников или заявителей, не принадлежащих к вашей категории, к которым отнеслись так же, как вы полагаете, отнеслись к вам (из отмеченного выше)?
   ___ Да ___ Нет В случае положительного ответа, включите их имена в ваше заявление и объясните, как именно к ним отнеслись.

ЖАЛОБА

Опишите подробно предполагаемые дискриминационные или ответные действия.
Пожалуйста, включите следующее:

- Почему вы считаете, что эти действия были предприняты в отношении вас по причине ваших ограниченных возможностей, статуса ветерана, расы, цвета кожи, вероисповедания, пола или национального происхождения. Также укажите, почему вы уверены, что это были ответные действия.
- Даты, места совершения действий, имена и должности задействованных лиц и свидетелей, если они имеются.
- Какой вред, в случае такового, был причинен вам или другим людям, с которыми вы работаете, в результате предполагаемых дискриминационных действий.
- Какое объяснение, если оно последовало, было дано этим действиям работодателем.
- Любую информацию по федеральным контрактам вашего работодателя, которой вы располагаете.

Если это жалоба, основывающаяся на нетрудоспособности, опишите нетрудоспособность, вашу историю нетрудоспособности или же причины, по которым, как вы думаете, работодатель счел вас нетрудоспособным.

(Введите как можно больше необходимой информации в поле, предоставленное выше)

Если вы уже обращались за помощью в урегулировании данной жалобы к другому источнику (в другой орган, к адвокату, к внутренним процедурам рассмотрения жалоб, и т.д.), пожалуйста, укажите это здесь, наряду с названием источника, даты обращения за помощью, и результатом, если таковой был достигнут:

Название _____ Дата _____

Результат:

ДРУГ ИЛИ РОДСТВЕННИК:
Пожалуйста, информируйте OFCCP в случае изменения своего адреса или телефонного номера. Вы можете указать контактное лицо, которое будет знать, как отыскать вас в случае, если OFCCP не может связаться с вами по вашему адресу или телефону.

Ф.И.О._____

Адрес _____

Город _____ Штат _____ Зип-код _____

Кем приходится _____

№ телефона _____

ПОДАЛИ ЖАЛОБУ КУДА-ЛИБО ЕЩЕ?	ПРЕДСТАВЛЕНЫ ЛИ ВАШИ ИНТЕРЕСЫ?
Если вы подали эту (или схожую с ней) жалобу куда-либо еще, пожалуйста, информируйте нас:	Если ваши интересы представлены адвокатом или другими лицами или организациями, пожалуйста, информируйте нас:
Название _____	Имя _____
Адрес _____	Адрес _____
Город _____ Штат _____ Зип-код _____	Город _____ Штат _____ Зип-код _____
Контактное лицо _____	Контактное лицо _____
№ телефона _____	№ телефона _____

ПОДПИСЬ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ
Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что информация, предоставленная выше, в меру моих знаний и убеждений является правильной и достоверной. (Преднамеренные ложные заявления преследуются по закону: 18 U.S.C. 1001.) Настоящим я даю разрешение на использование любой медицинской информации, необходимой для проведения расследования.

_____ _____
Подпись заявителя Дата

Декларация бремени для общества

По нашим оценкам, заполнение этой формы жалобы займет в среднем 1,28 часа, включая время на изучение инструкций, поиск информации в существующих источниках, сбор и сохранение необходимых данных, заполнение и проверку информации. Если у вас имеются какие-либо комментарии в отношении этих оценок или любого другого аспекта данной формы жалобы, в том числе предложения по уменьшению бремени, направьте их в Отдел по вопросам политики Управления программ по соблюдению федерального контрактного права по адресу: (1250-0002) 200 Constitution Avenue, N.W., Room C-3325, Washington, D.C. 20210.

НЕ ОТСЫЛАЙТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ В ЭТОТ ОФИС

Не пишите ничего под этой чертой

Заявитель подтвердил данную жалобу в моем присутствии. На основании данной жалобы сейчас проводится расследование в соответствии с правительственным распоряжением №11246, с поправками; разделом 503 акта о реабилитации 1973 года, с поправками; и / или актом о трудоустройстве ветеранов войны во Вьетнаме от 1974 года, с поправками (38 USC 4212).

_____ _____ _____ _____
Ф.И.О. следователя Должность Подпись следователя Дата

Submit Reset Print