



**說明：**填寫此表之前，請閱讀所有說明，包括下面的《隱私權法案聲明》。使用此表對任何OFCCP項目項下的僱傭歧視進行投訴。注意：除非顯示了一個當前有效的OMB控制號碼，否則並不要求人們必須對此資訊之收集做出回應。

OMB號碼: 1215-0131  
過期: 1-31-2011

**隱私權法案通告：**

收集此資訊之授權來自《11246號行政命令》(Executive Order 11246) 以及修訂，1973年《康復法》第503節以及修訂 1973 (Sec. 503 of the Rehabilitation Act of 1973)，1974年《越戰退伍軍人重新適應援助法》以及修訂 (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974)，1964年《民權法》第七章 (38 U.S.C. 4212; Title VII of the Civil Rights Act of 1964)，及/或1990年《美國殘障人法》(ADA) 第一章以及修訂 (Title I of the Americans with Disabilities Act of 1990)。此資訊用於處理投訴，以及對違反上述命令或法案的疑似事件進行調查。我們會向此投訴所針對的僱主提供一份投訴副本；如果疑似事件涉及《民權法》第七章及/或ADA的內容，投訴副本將會被提供給美國公平就業機會委員會(EEOC) [U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)]。收集的資訊可能要經過可能知悉此投訴的其他人證實。此資訊可能用於與僱主的和解談判，或者用於聽證會提交證據的過程，或者可能向對此投訴有管轄權的其他機構披露。提供此資訊是自願的；但是，未能提供此資訊將會限制勞工部 (Department of Labor) 可能代表你採取的行動；另外，如果事件涉及《民權法》第七章及/或ADA的內容，則未能提供此資訊還可能影響你根據這些法案起訴的權力。

**不得打擊報復：**OFCCP條例、《民權法》第七章及/或ADA在適用時要求僱主採取所有必要步驟確保不會對提出投訴或協助投訴調查的任何人進行打擊報復。打擊報復包括任何形式的恐嚇、威脅、脅迫或歧視。如發現任何打擊報復的疑似企圖，請立即通知OFCCP。

**及時申報：**所有的投訴必須在最近發生疑似歧視後規定的天數內提出。11246號行政命令 - 180天；《康復法》和《越戰退伍軍人重新適應援助法》- 300天。例外情形必須經過助理副秘書 (Deputy Assistant Secretary)批准。

姓名和地址： 先生      女士      小姐	對你有疑似歧視的公司的名稱和地址：
姓名 _____	姓名 _____
第1行 _____ 城市 _____	第1行 _____ 城市 _____
第2行 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____	第2行 _____ 州 _____ 郵政編碼 _____
電話號碼 _____	電話號碼 _____
將此表郵寄到勞工部的OFCCP地區辦公室：	提供最後一次發生疑似歧視行為的日期： _____

**第 1 步：**選中你提出的投訴所涉及項目旁邊的框（例如：11246號行政命令以及修訂；1973年《康復法》第503節以及修訂；或者1974年《越戰退伍軍人重新適應援助法》以及修訂，38 U.S.C. 4212）

**第 2 步：**在該項目項下，選中你所認為的你受到歧視的方面，例如：種族、性別或原籍。如果你認為有不止一個方面，可以選中多於一個方面。你也可以選中多於一個種族/民族類別。

**11246號行政命令以及修訂：**此命令涵蓋疑似因種族、膚色、宗教、性別或原籍而受到歧視的人士。如果選中此項，你的投訴將會同時根據1964年《民權法》第七章提出指控。我相信我受到（還在繼續受到）歧視，原因是我的：

- |     |    |           |               |
|-----|----|-----------|---------------|
| 方面： | 種族 | 西班牙裔或拉丁裔  | 美國印第安裔或阿拉斯加土著 |
|     | 膚色 | 非西班牙裔或拉丁裔 | 亞洲裔           |
|     | 宗教 |           | 黑人或非洲裔美國人     |
|     | 性別 | 女性        | 男性            |
|     | 原籍 |           | 夏威夷土著或其他太平洋島民 |
|     | 其他 |           | 白人            |

**1973年《康復法》第503節以及修訂：**此法案涵蓋有殘障的人士，具有身體或精神障礙歷史的人士，以及被僱主視為有殘障的人士。如果選中此項，你的投訴將會同時根據《美國殘障人法》提出指控。

方面： 殘障 如果你是退伍軍人請選中此項。      是      否

**1974年《越戰退伍軍人重新適應援助法》以及修訂，38 U.S.C. 4212。**此法案涵蓋特別的有殘障的退伍軍人，越戰退伍軍人，最近退役的退伍軍人、殘障退伍軍人、持有武裝部隊服役獎章的退伍軍人，以及其他受到保護的退伍軍人。

如果你的投訴是基於退伍軍人身份，請選中下列適用的一個或多個框。

我於（輸入被解除現役或被允許退伍的日期）被解除現役或被允許退伍。\_\_\_\_\_

我是一名退伍軍人，在武裝部隊服役時，參加過一次美國軍事行動並根據《12985號行政命令》(Executive Order 12985) 被授予一枚武裝部隊服役獎章 (61 FR 1209)。

我曾在一場戰爭、戰役或遠征中服役，並獲得一枚戰役紀念章。

我曾服役超過180天，之後光榮退役，現役是在1961年2月28日和1975年5月7日之間的越南共和國；或者1964年8月5日和1975年5月7日之間的所有其他情況。

我因一項與服役有關的殘障而被解除現役或被允許退伍。如果你選中此框，請與此表一起提交導致你被解除現役或被允許退伍的醫療資訊。（此資訊可以從位於National Personnel Record Center, 9700 Page Blvd., St. Louis, MO 63132的全美人員記錄中心內的你的兵役總錄中獲得。）

根據退伍軍人事務秘書所督行的法律，我是一名有權獲得補償的退伍軍人(或若不領取軍隊退休工資而有權獲得補償者)。請選中下列之一：

- A 殘障程度評為30%或更多
- B 評為10%或20%，並且被正式確定為具有一項嚴重的雇傭殘障
- C 殘障程度已評定，但既不是a也不是b

**第 3 步:** 請選中那些你認為雇主因你的種族、膚色、宗教、性別、原籍、殘障或退伍軍人身份而採取或未能採取的行動(可以選中不止一項):

問題:

招聘	晉升	工作分配	殘障人士設施
終止雇傭	降職	培訓與學徒	安息日遵守
解雇	工齡	隔離的設施	恐嚇
召回	騷擾	打擊報復	其他: _____
工資	職務福利	懷孕假政策	

**對於每個問題，請你在下面解釋自己是如何被歧視的。**

1. 你是否知道你所在團體中的任何其他雇員或申請者也受到類似你聲稱自己受到的待遇（上述選中的項目）？

是 否 如有，請在下面你的聲明中加入他們的名字並解釋他們是如何被對待的。

2. 你是否知道你所在團體之外的任何其他雇員或申請者也受到類似你聲稱自己受到的待遇（上述選中的項目）？

是 否 如有，請在下面你的聲明中加入他們的名字並解釋他們是如何被對待的。

## 投訴

請詳細描述疑似的歧視行為。

**請包括：**

- 你認為這些行為為何是因你的殘障、退伍軍人身份、種族、膚色、宗教、性別或原籍而產生的；
- 日期、地點，涉及人士和目擊者的姓名和職務（如有的話）；
- 疑似的歧視行為對你或其他與你一起工作的人士造成何種傷害（如有的話）；
- 雇主為這些行為提供了何種解釋（如有的話）；
- 你可能有的關於雇主所持聯邦合同的任何資訊。

如果這是基於殘障的歧視，請描述殘障狀況、你的殘障歷史，或者你認為雇主為何將你視為殘障人士。

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for data entry.

(根據要求在上面的框內輸入相應的資訊)

如果你已經從另一個渠道尋求解決此投訴的協助（另一家機構、律師、內部申訴程序等），請在這裏說明並給出該渠道的名稱，你尋求協助的日期，以及結果（如果有的話）：

名稱 _____	日期 _____
結果:	

**朋友或親屬：**

如果你改變了你的地址或電話號碼，請通知OFCCP。你可以在這裏注明一位人士，他/她在OFCCP無法按你自己的地址或電話聯繫到你的時候知道如何聯繫你。

姓名 \_\_\_\_\_

第1行 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_

第2行 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

關係 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

**已經在其他地方提出？**

如果你已經在其他地方提出此投訴或類似投訴，請告訴我們：

名稱 \_\_\_\_\_

第1行 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_

第2行 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

聯繫方式 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

**你是否有代表人？**

如果你已經由一名律師或其他人或其他組織代表，請告訴我們：

名稱 \_\_\_\_\_

第1行 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_

第2行 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

聯繫方式 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

**簽名和證實**

我在須為偽證承擔懲罰的情況下聲明：據我所知，上述資訊屬實且準確。（有意為之的虛假聲明會受到18 U.S.C. 1001法律的懲罰。）我在此授權公開調查所需的任何醫療資訊。

\_\_\_\_\_  
投訴人簽字

\_\_\_\_\_  
日期

**公共負擔聲明**

我們估計填寫此投訴表，包括閱讀說明，搜索現有的資料源，收集和維護所需的資料，以及填寫並檢查資訊，平均需要1.28小時。如果你對於這些估計或此投訴表的任何其他方面有任何意見，包括減少此類負擔的建議，請將你的意見或建議寄往聯邦合同合規計劃辦公室的政策部門，地址：Federal Contract Compliance Programs Policy Division (1215-0131), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3310, Washington, D.C. 20210。

**請勿將填寫好的表寄到此辦公室。**

**請勿在此線以下書寫**

投訴人已經在我面前證實此投訴。此投訴人目前尚未牽涉下列法令項下的某項調查：《11246號行政命令》以及修訂；1973年《康復法》第503節以及修訂；或者1974年《越戰退伍軍人重新適應援助法》以及修訂；38 U.S.C. 4212。

\_\_\_\_\_  
調查員姓名

\_\_\_\_\_  
頭銜

\_\_\_\_\_  
調查員簽名

\_\_\_\_\_  
日期