

自愿表明身有障碍身份

表格 CC-305
第 1 页, 共 1 页

OMB 控制号码 1250-0005
有效期 2026 年 4 月 30 日

姓名:

日期:

雇员 ID:

(如适用)

为什么要求您填写此表格?

我们是联邦承包商或分包商。法律要求我们为符合资格的身有障碍人士提供平等的就业机会。我们的目标是让身有障碍人士在工作者中的占比至少为 7%。法律规定,我们须衡量我们实现此目标的进展。为此,我们须向申请者和雇员询问他们是否身有障碍或曾经身有障碍。人们可能会变成身有障碍,因此我们需要至少每五年询问一次此问题。

可自愿填写此表格,我们希望您会选择这样做。您的回答是保密的。做出招聘决定的人都不会看到它。您决定填写表格和您的回答将不会对您造成任何损害。如果您想了解更多关于法律或此表格的信息,请造访美国劳工部的联邦合约合规计划办公室 (OFCCP) 网站: www.dol.gov/ofccp。

您如何知道自己是否身有障碍?

身有障碍是严重限制您的一个或多个“主要生活活动”的身体状况。如果您或曾经有过这种身体状况,那么您是身有障碍人士。**障碍包括但不限于:**

- 酒精或其他物质使用障碍 (目前没有非法使用药物)
- 自身免疫性疾病,例如,狼疮、纤维肌痛、类风湿关节炎、艾滋病病毒/艾滋病
- 失明或低视力
- 癌症 (过去或现在)
- 心血管疾病或心脏病
- 麸质过敏症
- 脑麻痹
- 失聪或严重听力障碍
- 糖尿病
- 外形损伤,例如,由烧伤、创伤、意外或先天性疾病引起的外形损伤
- 癫痫或其它突发疾病
- 胃肠疾病,例如,克罗恩病、肠易激综合征
- 智力或发育障碍
- 心理健康状况,例如,抑郁症、双相情感障碍、焦虑症、精神分裂症、创伤后应激障碍 (PTSD)
- 肢体缺失或部分肢体缺失
- 行动障碍,受益于使用轮椅、踏板车、助行器、腿部支架和/或其它支持
- 神经系统状况,例如,偏头痛、帕金森病、多发性硬化 (MS)
- 神经多样性,例如,注意力缺陷/多动症 (ADHD)、自闭症谱系障碍、阅读障碍、动作协调障碍,其他学习障碍
- 部分或完全瘫痪 (任何原因)
- 肺部或呼吸系统状况,例如,结核病、哮喘、肺气肿
- 身材矮小 (侏儒症)
- 创伤性脑损伤

请勾选以下其中一个方框:

是,本人身有障碍,或过去曾经身有障碍

否,本人没有身有障碍,且过去不曾身有障碍

本人不想回答

公共负担声明:根据《1995 年文书削减法》,除非该等收集显示有效的 OMB 控制号码,否则任何人不需要对信息收集作出回应。完成此调查大约需要 5 分钟。

仅供雇主使用

雇主可根据需要修改表格的此部分,以作记录保存之用。

范例:

职衔:

雇用日期: