

障害に関する自発的自認

用紙：CC-305
1/1 項

OMB 管理番号：1250-0005
有効期限：04/30/2026

氏名： _____
従業員番号： _____

日付： _____

(当てはまる場合)

この用紙に記入するよう求められる理由とは？

当社は連邦政府の請負業者または下請け業者です。法律によって、資格のある障害者に平等な雇用機会を提供することが義務付けられています。当社では、従業員の少なくとも7%を障害者とするという目標を掲げています。法律では、この目標に向けた進捗状況を測定する必要があると定められています。そのためには、応募者と従業員に障害があるかどうか、または障害を持ったことがあるかどうかを尋ねる必要があります。人々は障害者になる可能性があるため、少なくとも5年ごとにこの質問をする必要があります。

この用紙への記入は任意ですが、ご協力をお願いします。あなたの回答は機密です。採用責任者がこの用紙を見ることはありません。用紙に記入するというあなたの決定と回答は、あなたに何ら害を及ぼすものではありません。法律またはこの用紙についての詳細は、米国労働省の連邦契約遵守プログラム局 (OFCCP) のウェブサイト (www.dol.gov/ofccp) をご参照ください。

障害があるかどうかはどう判断すればよい？

障害とは、1つ以上の「主要な生活活動」が実質的に制限される状態です。もしあなたがそのような症状を持っている、あるいは持ったことがあるなら、あなたは障害者です。障害には以下が含まれますが、これらに限定されません。

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• アルコールまたはその他の薬物使用障害（現在薬物を違法に使用していない）• 自己免疫疾患、たとえば狼瘡、線維筋痛症、関節リウマチ、HIV/AIDS• 盲目または弱視• がん（過去または現在）• 心血管疾患または心臓病• セリアック病• 脳性麻痺• 聴覚障害者または重度の聴覚障害• 糖尿病 | <ul style="list-style-type: none">• 外観の損傷（例：火傷、傷、事故、先天性疾患によって引き起こされる外観の損傷）• てんかんまたはその他の発作性疾患• 胃腸障害（例：クローン病、過敏性腸症候群など）• 知的障害または発達障害• 精神的健康状態（例：うつ病、双極性障害、不安障害、統合失調症、PTSD）• 手足が欠けている、または手足が部分的に欠けている• 車椅子、スクーター、歩行器、脚装具、および/またはその他 | <ul style="list-style-type: none">• のサポートの使用により恩恵を受ける運動障害• 神経系の状態（片頭痛、パーキンソン病、多発性硬化症（MS）など）• 神経発散（例：注意欠陥/多動性障害（ADHD）、自閉症スペクトラム障害、失読症、運動障害、その他の学習障害）• 部分的または完全な麻痺（原因は問わず）• 肺または呼吸器疾患（結核、喘息、肺気腫など）• 低身長（小人症）• 外傷性脳損傷 |
|---|--|--|

下記の当てはまるボックスをチェックしてください。

- 障害を持っている。または過去に持っていたことがある。
- 障害を持っていない。過去に持っていたこともない。
- 回答したくない。

公的負担声明: 1995年の事務削減法によれば、情報の収集に有効な OMB 管理番号が表示されていない限り、いかなる人も情報の収集に応答する必要はありません。このアンケートは完了するまでに約5分かかります。

雇用者専用欄

雇用主は、記録保持の目的で必要に応じて用紙のこの欄を変更できます。

例:

職名: _____ 雇用日: _____