

Freiwillige Selbstauskunft über eine Behinderung

Formular CC-305
Seite 1 von 1

OMB-Kontrollnummer 1250-0005
Gültig bis 30.04.2026

Name: _____

Datum: _____

Mitarbeiter-ID: _____
(falls zutreffend)

Warum werden Sie gebeten, dieses Formular auszufüllen?

Wir sind ein Auftragnehmer oder Unterauftragnehmer des Bundes. Das Gesetz verpflichtet uns, qualifizierten Menschen mit Behinderungen gleiche Beschäftigungschancen zu bieten. Unser Ziel ist es, dass mindestens 7 % unserer Mitarbeiter Menschen mit Behinderungen sind. Das Gesetz schreibt vor, dass wir unsere Fortschritte auf dem Weg zu diesem Ziel messen müssen. Zu diesem Zweck müssen wir Bewerber und Mitarbeiter fragen, ob sie eine Behinderung haben oder jemals hatten. Menschen können behindert werden, also müssen wir diese Frage mindestens alle fünf Jahre stellen.

Das Ausfüllen dieses Formulars ist freiwillig, und wir hoffen, dass Sie sich dafür entscheiden. Ihre Antwort ist vertraulich. Niemand, der Einstellungsentscheidungen trifft, wird sie sehen. Ihre Entscheidung, das Formular auszufüllen, und Ihre Antwort werden Ihnen in keiner Weise schaden. Wenn Sie mehr über das Gesetz oder dieses Formular erfahren möchten, besuchen Sie die Website des U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) unter www.dol.gov/ofccp.

Woher wissen Sie, ob Sie eine Behinderung haben?

Eine Behinderung ist ein Zustand, der eine oder mehrere Ihrer "wichtigsten Lebensaktivitäten" erheblich einschränkt. Wenn Sie einen solchen Zustand haben oder jemals hatten, sind Sie eine Person mit einer Behinderung. **Zu den Behinderungen gehören unter anderem:**

- Alkohol- oder andere Drogenkonsumstörungen (derzeit kein illegaler Drogenkonsum)
- Autoimmunkrankheit, z. B. Lupus, Fibromyalgie, rheumatoide Arthritis, HIV/AIDS
- Blind oder sehbehindert
- Krebs (früher oder heute)
- Herz-Kreislauf- oder Herzkrankheiten
- Zöliakie
- Zerebrale Lähmung
- Gehörlos oder schwerhörig
- Diabetes
- Entstellungen, z. B. durch Verbrennungen, Wunden, Unfälle oder angeborene Störungen verursachte Entstellungen
- Epilepsie oder andere Anfallsleiden
- Magen-Darm-Erkrankungen, z. B. Morbus Crohn, Reizdarmsyndrom
- Geistige Behinderung oder Entwicklungsstörung
- Psychische Erkrankungen, z. B. Depression, bipolare Störung, Angststörung, Schizophrenie, PTBS
- Fehlende Gliedmaßen oder teilweise fehlende Gliedmaßen
- Mobilitätseinschränkungen, die die Verwendung eines Rollstuhls, eines Rollers, einer Gehhilfe, einer Beinschiene(n) und/oder anderer Hilfsmittel erforderlich machen
- Erkrankungen des Nervensystems, z. B. Migräne, Parkinson-Krankheit, Multiple Sklerose (MS)
- Neurodivergenz, z. B. Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus-Spektrum-Störung, Dyslexie, Dyspraxie, andere Lernbehinderungen
- Teilweise oder vollständige Lähmung (jede Ursache)
- Lungen- oder Atemwegserkrankungen, z. B. Tuberkulose, Asthma, Emphysem
- Kleinwuchs (Zwergwuchs)
- Traumatische Hirnverletzung

Bitte kreuzen Sie eines der nachstehenden Felder an:

- Ja, ich habe eine Behinderung oder hatte in der Vergangenheit eine Behinderung
 Nein, ich habe keine Behinderung und habe auch in der Vergangenheit keine gehabt
 Ich möchte nicht antworten

ERKLÄRUNG ZUM ÖFFENTLICHEN AUFWAND: Gemäß dem Paperwork Reduction Act von 1995 ist niemand verpflichtet, auf eine Informationssammlung zu antworten, es sei denn, diese Sammlung weist eine gültige OMB-Kontrollnummer auf. Das Ausfüllen dieser Umfrage sollte etwa 5 Minuten dauern.

Nur zur Verwendung durch den Arbeitgeber

Die Arbeitgeber können diesen Abschnitt des Formulars nach Bedarf ändern, um Aufzeichnungen zu führen.

Zum Beispiel:

Berufsbezeichnung: _____ Datum der Einstellung: _____