# Declaración voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305 Número de Control OMB 1250-0005
Página 1 de 1 Expira el 30/04/2026

Nombre: Fecha:

Identificación del empleado:

(si procede)

## ¿Por qué se le pide que rellene este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal. La ley nos obliga a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas con discapacidad cualificadas. Nuestro objetivo es que al menos el 7% de nuestros trabajadores sean personas con discapacidad. La ley dice que debemos medir nuestro progreso hacia este objetivo. Para ello, debemos preguntar a los solicitantes y a los empleados si tienen o han tenido alguna discapacidad. Las personas pueden convertirse en discapacitadas, por lo que debemos hacer esta pregunta al menos cada cinco años.

Rellenar este formulario es voluntario y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta es confidencial. Nadie que tome decisiones de contratación la verá. Su decisión de rellenar el formulario y su respuesta no le perjudicarán en modo alguno. Si desea obtener más información sobre la ley o este formulario, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en [www.dol.gov/ofccp](https://www.dol.gov/ofccp).

## ¿Cómo saber si tiene una discapacidad?

Una discapacidad es una condición que limita sustancialmente una o más de sus "actividades vitales principales". Si tiene o ha tenido alguna vez una afección de este tipo, usted es una persona con discapacidad. **Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:**

* Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias (sin consumir drogas ilegalmente en la actualidad)
* Trastorno autoinmune, por ejemplo, lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, VIH/sida
* Ceguera o problemas de visión
* Cáncer (pasado o presente)
* Enfermedad cardiovascular o del corazón
* Enfermedad celíaca
* Parálisis cerebral
* Sordera o dificultades auditivas graves
* Diabetes
* Desfiguración, por ejemplo, desfiguración causada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos
* Epilepsia u otro trastorno convulsivo
* Trastornos gastrointestinales, por ejemplo, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable
* Discapacidad intelectual o del desarrollo
* Enfermedades mentales, por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático
* Ausencia total o parcial de miembros
* Problemas de movilidad que requieran el uso de una silla de ruedas, un escúter, un andador, una pierna ortopédica u otros dispositivos de apoyo
* Afección del sistema nervioso, por ejemplo, migrañas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (EM)
* Neurodivergencia, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, dislexia, dispraxia u otras dificultades de aprendizaje
* Parálisis parcial o total (por cualquier causa)
* Afecciones pulmonares o respiratorias, por ejemplo, tuberculosis, asma, enfisema
* Baja estatura (enanismo)
* Lesión cerebral traumática

## Marque una de las casillas siguientes:

**☐** Sí, tengo una discapacidad o la he tenido en el pasado

**☐** No, no tengo ninguna discapacidad ni la he tenido en el pasado

**☐** No quiero contestar

### DECLARACIÓN PÚBLICA DE CARGA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería completarse en unos 5 minutos.

## Para Uso Exclusivo del Empleado

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario según sea necesario a efectos de mantenimiento de registros.

Por ejemplo:

Título del puesto:: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_