# **معذوری کی رضاکارانہ ذاتی پہچان کا فارم**

فارم CC-305 OMB کنٹرول نمبر: 1250-0005   
صفحہ 1/1 میعاد ختم:04/30/2026

نام: تاریخ:

ملازم کا شناختی کارڈ نمبر:

)اگر لاگو ہوتا ہے(

## آپ کو یہ فارم پُر کرنے کا کیوں کہا جا رہا ہے؟

ہم فیڈرل معاہدے کار یا ذیلی معاہدے کار ہیں۔ قانون ہمیں قابل لیکن معذور افراد کو برابر ملازمتی مواقع فراہم کرنے پر مقرر کرتا ہے۔ ہمارا مقصد کم از کم 7 فیصد معذور لوگوں کی تعیناتی ہے۔ قانون کہتا ہے ہمیں اس مقصد کی طرف ترقی کو ناپنا ہوگا۔ اس کے لیے ہمیں درخواست دینے والے لوگوں اور دیگر ملازمین سے پوچھنا ہوگا کیا ان میں ابھی یا پہلے کبھی کوئی معذوری تھی۔ لوگ معذوری کا شکار ہو سکتے ہیں، اس لیے ہمیں ان سے یہ سوال کم از کم ہو پانچ سال بعد پوچھنا ہوگا۔

یہ فارم پُر کرنا آپ کی مرضی ہے، اور ہمیں امید ہے کہ آپ اس فارم کو پُر کرنے کا انتخاب کریں گے۔ آپ کا جواب راز ہے۔ ملازمتی فیصلے کرنے والا کوئی بھی شخص آپکا جواب نہیں دیکھے گا۔ آپ کا جواب اور اس فارم کو پُر کرنے کا فیصلہ آپکوکسی بھی طرح کوئی نقصان نہیں پہنچائے گا۔ اگر آپ قانون یا اس فارم کے بارے میں مزید معلومات حاصل کرنا چاہتے ہیں تو U.S کے لیبر ادارے Office of Federal Contract Compliance programs (OFCCP) کی ویب سائٹ [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp) کا دورہ کریں۔

## آپ کو کیسے معلوم ہوتا ہے کہ آپ میں کوئی معذوری ہے؟

معذوری وہ حالت ہے جو آپ کے ایک یا ایک سے ذیادہ "اہم زندگی کی سرگرمیوں" کو خاص طور پر محدود کرتی ہے۔ اگر آپ ایسی کسی حالت کا شکار ہیں یا کبھی پہلے ہوئے تھے، تو آپ ایک معزور شخص ہیں۔ **معذوری میں درجہ ذیل بیماریاں شامل ہیں، لیکن ان تک محدود نہیں:**

* شراب یا دیگر مادوں کے استعمال سے جسمانی خرابی
* )حالیہ طور پر غیر قانونی دواؤں کا استعمال نہ کرنا(
* خودکار مدافعتی نظام کا بگاڑ، مثال کے طور پر، لوپس،
* جوڑ اور ہڈیوں کی بیماری، تحجر المفاصل، HIV/AIDS
* اندھا پن یا کم قوت بصارت
* کینسر (ماضی یا حال)

سیلیئک بیماری دماغی فالج

* بہرا پن یا سننے میں شدید مشکل
* شوگر
* ظاہری جسامت میں بگاڑ، جیسا کہ، جلنے کی وجہ سے
* ذخموں کی وجہ سے یا حادثاتی یا پیدائشی جسمانی بگاڑ۔
* مرگی یا دیگر دورے پڑنا
* معدے کے امراض، مثال کے طور پر، کروہن مرض، خارش پذیر
* آنتوں کا مرض
* توجہ میں کمی، دیگر سیکھنے کی ناکامیاں
* دماغی بیماریاں، جیسا کہ، ذہنی دباؤ، موڈ میں
* ردوبدل، اضطرابی بیماری، خیالی دنیا میں رہنا
* اعضاء کی کمی یا جزوی طور پر غائب ہونا
* بے حرکتی، جو وہیل کرسی، اسکوٹر، واکر، ٹانگ
* کی بیس یا دیگر سہاروں کی مدد لیتا ہو۔
* اعصابی نضام میں بگاڑ، جیسا کہ، مائیگرین، پارکنسنز
* بیماری، ملٹیپل سکلروسس
* مکمل یا آدھی معذوری
* قد کی کمی (بونی پن)
* پھیپھڑوں کی بیماری یا تنفسی بگاڑ، جیسے دمے کا مرض، ٹی بی، واتسفیتی
* تکلیف بخش دماغی زخم

## درجہ ذیل میں سے کسی ایک خانے کا انتخاب کریں:

**☐** جی ہاں، میں معذوری کا شکار ہوں، یا ماضی میں ایک معذوری تھی۔

**☐** ہیں، مجھے کوئی معذوری نہیں ہے اور مجھے ماضی میں کوئی معذوری نہیں ہوئی ہے۔

**☐** میں جواب نہیں دینا چاہتا

### عوامی اکثریت کا بیان: 1995 کے Paperwork Reduction Act کے مطابق کسی شخص کو معلومات کے جمع کرنے کے لیے جواب دینے کی ضرورت نہیں ہوتی جب تک معلوماتی ذخیرے کا درست OMB نمبر موجود نہ ہو۔ اس سروے کو مکمل کرنے کے لیے پانچ منٹ درکار ہوں گے۔

## صرف کاروباری استمعال کے لیے

کاروباری بندے کاروائیوں کے ریکارڈ رکھنے کے مقاصد کے لیے فارم کے اس حصے میں ضرورت کے مطابق ترمیم کر سکتے ہیں۔

مثال کے طور پر:

نوکری کا عنوان: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ تعیناتی کی تاریخ: ـــــــــــــــــــــــــــــــــ