

दिव्यांगता की स्वैच्छिक स्व-पहचान

फॉर्म सीसी-305

कुल पेज 1

ओएमबी नियंत्रण नंबर 1250-0005

समाप्ति तिथि 04/30/2026

नाम: _____

तिथि: _____

कर्मचारी पहचान पत्र: _____

(यदि लागू हो)

आपसे यह फॉर्म भरने के लिए क्यों कहा जा रहा है?

हम एक संघीय ठेकेदार या उपठेकेदार हैं। कानून हमें दिव्यांगों के लिए समान रोजगार के अवसर प्रदान करने का अवसर देता है। हमारा लक्ष्य कम से कम 7 प्रतिशत दिव्यांगों को कर्मचारियों के रूप में रखने का है। कानून के अनुसार इस दिशा में उठाए गए कदमों को अवश्य मापना चाहिए। ऐसा करने के लिए, हमें आवेदकों और कर्मचारियों से पूछना चाहिए कि क्या उनके पास कोई अक्षमता है या पहले कभी थी। लोग दिव्यांग हो सकते हैं, इसलिए हमें कम से कम हर पांच साल में यह सवाल पूछने की जरूरत है।

इस फॉर्म को भरना स्वैच्छिक है और हम आशा करते हैं कि आप ऐसा करना चाहेंगे। आपका उत्तर गोपनीय है। नियुक्ति संबंधी निर्णय लेने वाला कोई भी व्यक्ति इसे नहीं देख पाएगा। फॉर्म को पूरा करने का आपका निर्णय और आपका उत्तर आपको किसी भी तरह से नुकसान नहीं पहुँचाएगा। यदि आप कानून या इस फॉर्म के बारे में अधिक जानना चाहते हैं, तो अमेरिकी श्रम विभाग के संघीय अनुबंध अनुपालन कार्यक्रम (ओएफसीसीपी) की वेबसाइट www.dol.gov/ofccp पर जाएं।

आपको कैसे पता चलेगा कि आप दिव्यांग हैं?

दिव्यांगता एक ऐसी स्थिति है जो आपके 'प्रमुख जीवन गतिविधियों' में से एक या अधिक को काफी हद तक सीमित कर देती है। अगर आपके साथ ऐसी स्थिति है या कभी हुई थी तो आप दिव्यांग व्यक्ति हैं। दिव्यांगता में ये शामिल हैं, लेकिन इन तक सीमित नहीं हैं:

- शराब या अन्य पदार्थ उपयोग विकार (वर्तमान में अवैध रूप से दवाओं का उपयोग नहीं कर रहे हैं)
- ऑटोइम्यून विकार, उदाहरण के लिए ल्यूपस बीमारी, फाइब्रोमायल्लिजिया, रुमेटाइड आर्थराइटिस, एचआईवी/एड्स
- अंधा या कम दृष्टि
- कैंसर (अतीत या वर्तमान)
- हृदय प्रणाली या हृदय रोग
- सीलिएक रोग
- मस्तिष्क पक्षाघात
- बधिर या सुनने में गंभीर कठिनाई
- मधुमेह
- विकृति, उदाहरण के लिए जलने, घाव, दुर्घटना या जन्मजात विकारों के कारण होने वाली विकृति
- मिर्गी या दौरै
- पाचन संबंधी विकार, उदाहरण के लिए, सूजन आंत रोग (आईबीडी), संवेदनशील आंत की बीमारी।
- बौद्धिक या विकासात्मक विकलांगता
- मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति, उदाहरण के लिए, अवसाद, बाइपोलर डिसऑर्डर, चिंता विकार, सिजोफ्रेनिया, पीटीएसडी
- अंग का ना होना या आंशिक रूप से अंग होना
- चलने-फिरने में अक्षमता, व्हीलचेयर, स्कूटर, वॉकर, लेग ब्रेस (एस) या अन्य सपोर्ट के सहारे चलना
- तंत्रिका तंत्र की स्थिति, उदाहरण के लिए, माइग्रेन का सिरदर्द, पार्किंसंस रोग, मल्टीपल स्केलेरोसिस (एमएस)
- मस्तिष्क संबंधी बीमारी उदाहरण के लिए ध्यान की कमी/अति सक्रियता विकार (एडीएचडी) स्वलीनता (ऑटिज्म) विकार, लिखने में परेशानी (डिस्लेक्सिया), तंत्रिका संबंधी विकार (डिस्प्रेक्सिया) अन्य सीखने की अक्षमता
- आंशिक या पूर्ण पक्षाघात (कोई भी कारण)
- फेफड़े या सांस संबंधी बीमारी उदाहरण के लिए तपेदिक, अस्थमा, वातस्फीति
- छोटा कद (बौनापन)
- मस्तिष्क की चोट/घाव

कृपया नीचे दिए गए बॉक्स में से किसी एक पर निशान लगाएँ:

- हाँ, मुझे दिव्यांगता है, या अतीत में था।
- नहीं, मैं दिव्यांग नहीं हूँ और अतीत में भी कोई दिव्यांग नहीं था
- मैं जवाब नहीं देना चाहता

सार्वजनिक जिम्मेदारी बयान: 1995 के पेपरवर्क रिडक्शन एक्ट के अनुसार किसी भी व्यक्ति को जानकारी के संग्रह का जवाब देने की आवश्यकता नहीं है, जब तक कि ऐसा संग्रह एक वैध ओएमबी नियंत्रण संख्या प्रदर्शित नहीं करता है। इस सर्वेक्षण को पूरा होने में लगभग 5 मिनट लगने चाहिए।

केवल नियोक्ता के उपयोग के लिए

रिकॉर्ड रखने के उद्देश्यों के लिए नियोक्ता प्रपत्र के इस भाग को आवश्यकतानुसार संशोधित कर सकते हैं।

उदाहरण के लिए:

कार्य का नाम : _____ नियुक्ति की तारीख: _____