

## Freiwillige Selbstzuordnung einer Behinderung

Formular CC-305  
OMB Kontrollnummer 1250-0005 Gültig bis  
31.1.2020 Seite 1 von 2

### Warum fordern wir Sie auf, dieses Formular auszufüllen?

Weil wir Geschäfte mit der Regierung tätigen, müssen wir qualifizierte Menschen mit Behinderungen erreichen, einstellen, und ihnen die gleichen Möglichkeiten bieten.<sup>1</sup> Um unseren Erfolg zu messen, bitten wir Sie darum, uns zu sagen, wenn Sie eine Behinderung haben oder wenn Sie schon einmal eine Behinderung hatten. Das Ausfüllen dieses Formulars ist freiwillig, aber wir hoffen, dass Sie sich dazu entschließen, es auszufüllen. Wenn Sie sich für eine Stelle bewerben, wird jede Ihrer Antwort, vertraulich behandelt und nicht in irgendeiner Weise gegen Sie verwendet werden.

Wenn Sie bereits bei uns arbeiten, wird Ihre Antwort in keiner Weise gegen Sie verwendet werden. Weil eine Person kann jederzeit behindert werden kann, sind wir verpflichtet, alle Mitarbeiter zu bitten, ihre Informationen alle fünf Jahre zu aktualisieren. Sie können sich auf diesem Formular freiwillig selbst als behindert einordnen, ohne Angst vor Strafe haben zu müssen, weil Sie nicht früher als behindert zu erkennen gegeben haben.

### Wie kann ich wissen, ob ich eine Behinderung habe?

Sie gelten als behindert, wenn Sie eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Erkrankung haben, die Sie in einer wichtigen Lebenstätigkeit einschränkt oder wenn Sie eine Vorgeschichte einer solchen Beeinträchtigung oder Erkrankung haben.

Behinderungen umfassen, sind aber nicht beschränkt auf:

- Blindheit
- Autismus
- Bipolare Störung
- Post-traumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Taubheit
- Zerebralparese
- Schwere Depression
- Zwangsstörungen
- Krebs
- HIV/AIDS
- Multiple Sklerose (MS)
- Beeinträchtigungen, die die Verwendung eines Rollstuhls erforderlich machen
- Diabetes
- Schizophrenie
- Fehlende Gliedmaßen oder teilweise fehlende Gliedmaßen
- Intellektuelle Behinderung (früher als geistige Zurückgebliebenheit bezeichnet)
- Epilepsie
- Muskeldystrophie

Bitte kreuzen Sie eines der folgenden Felder an:

- JA, ICH HABE EINE BEHINDERUNG (oder hatte zuvor eine Behinderung)
- NEIN, ICH HABE KEINE BEHINDERUNG
- ICH MÖCHTE NICHT ANTWORTEN

\_\_\_\_\_  
Ihr Name

\_\_\_\_\_  
Heutiges Datum

## Freiwillige Selbstzuordnung einer Behinderung

Formular CC-305  
OMB Kontrollnummer 1250-0005 Gültig bis  
31.1.2020 Seite 2 von 2

### Hinweis zu Angemessenen Vorkehrungen

Das Bundesgesetz verpflichtet die Arbeitgeber, angemessene Vorkehrungen für qualifizierte Menschen mit Behinderungen zu treffen. Bitte sagen Sie es uns, wenn Sie eine angemessene Vorkehrung für eine Bewerbung oder um Ihre Tätigkeit auszuführen brauchen. Beispiele für eine angemessene Vorkehrung umfassen eine Änderung des Bewerbungsprozesses oder des Arbeitsverfahrens, die Bereitstellung von Dokumenten in einem alternativen Format, die Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers oder die Nutzung spezieller Ausrüstung.

---

<sup>i</sup> Abschnitt 503 des Rehabilitation Act von 1973 in geänderter Fassung. Für weitere Informationen über dieses Formular oder Pflicht zur Beschäftigung behinderter Menschen besuchen Sie die Webseite des U.S. Das Büro für Bundes-Vertragserfüllungs-Programme des U.S. Arbeitsministeriums (OFCCP) unter [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**ERKLÄRUNG ZUM ERFASSUNGSaufWAND:** Gemäß des Papierreduzierungsgesetz von 1995 muss keine Person auf eine Informationserhebung reagieren, außer wenn eine solche Erhebung eine gültige OMB-Kontrollnummer ausweist. Diese Umfrage sollte ca. 5 Minuten dauern.