

## 殘障情況自我確認表（自願）

CC-305表格  
第1頁，共1頁

OMB控制編號：1250-0005  
到期日：2023年5月31日

姓名： \_\_\_\_\_  
雇員編號： \_\_\_\_\_  
(如適用)

日期： \_\_\_\_\_

### 為何請您填寫本表格？

作為聯邦承包商或分包商，我們必須依法為符合條件的殘障人士提供平等就業機會。我們還需要瞭解我們達成目標的程度，即我們的員工隊伍中至少有7%的殘障人士。為了完成這項工作，我們必須詢問應徵者和雇員是否有殘障或曾經有殘障。鑒於出現殘障的狀況隨時都有可能發生，我們懇請所有雇員至少每五年更新一次個人資料。

是否確認自己的殘障人士身份全憑自願，我們希望您能選擇確認。您的回答將被保密，且將不會公佈給選拔官員或參與人事決策的任何其他人員。填寫本表不會以任何方式對您產生不利影響，無論您過去是否曾經進行自我確認。關於本表格或《康復法案》(Rehabilitation Act)第503部分規定的聯邦承包商平等就業義務的更多詳情，請瀏覽美國勞工部聯邦合約法規遵循計劃辦公室(OFCCP)網站：[www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp)。

### 怎樣確定自己是否有殘障？

如果您患有某種身體或精神損傷或有健康問題，導致主要生活活動嚴重受限，或者有該損傷或健康問題的病史或記錄，則應視為有殘障。屬於殘障範圍的包括但不限於：

- 自閉症
- 腦癱
- 肢體殘缺或部分肢體殘缺
- 自體免疫疾病，例如紅斑狼瘡、纖維肌痛、類風濕性關節炎或HIV/AIDS
- 失聰或聽力不佳
- 神經系統疾病，例如偏頭痛、帕金森病或多發性硬化症(MS)
- 失明或視力低下
- 抑鬱或焦慮
- 精神疾病，例如，雙相情感障礙、精神分裂症、創傷後應激障礙或重度抑鬱症
- 癌症
- 糖尿病
- 癲癇
- 心血管或心臟疾病
- 腸胃疾病，例如克羅恩氏病，或腸易激綜合征
- 乳糜瀉
- 智力障礙

### 請勾選下列其中一項：

- 是，我有殘障，或有殘障的病史/記錄
- 否，我沒有殘障，或沒有殘障的病史/記錄
- 不願回答

公共負擔聲明：依據《1995年文書削減法》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非資訊收集顯示有效的OMB控制編號，否則任何人都無需對該等資訊收集作出回覆。完成本調查大約需要5分鐘。

### 僅限雇主填寫

雇主可根據需要修改表格的本部分內容，以作記錄保留之用。

例如：

職位名稱： \_\_\_\_\_ 入職日期： \_\_\_\_\_