**残障情况自我确认表（自愿）**

CC-305表格 OMB控制编号：1250-0005  
第1页，共1页 到期日：2023年5月31日

姓名： 日期：

雇员编号：

（如适用）

|  |
| --- |
| 为何请您填写本表格？ |

作为联邦承包商或分包商，我们必须依法为符合条件的残障人士提供平等就业机会。我们还需要了解我们达成目标的程度，即我们的员工队伍中至少有7%的残障人士。为了完成这项工作，我们必须询问应聘者和雇员是否有残障或曾经有残障。鉴于出现残障的状况随时都有可能发生，我们恳请所有雇员至少每五年更新一次个人信息。

是否确认自己的残障人士身份全凭自愿，我们希望您能选择确认。您的回答将被保密，且将不会公布给选拔官员或参与人事决策的任何其他人员。填写本表不会以任何方式对您产生不利影响，无论您过去是否曾经进行自我确认。关于本表格或《康复法案》(Rehabilitation Act)第503部分规定的联邦承包商平等就业义务的更多详情，请访问美国劳工部联邦合同合规项目办公室(OFCCP)网站：[www.dol.gov/ofccp](https://www.dol.gov/agencies/ofccp)。

|  |
| --- |
| 怎样确定自己是否有残障？ |

如果您患有某种身体或精神损伤或有健康问题，导致主要生活活动严重受限，或者有该损伤或健康问题的病史或记录，则应视为有残障。*属于残障范围的包括但不限于：*

* 自闭症
* 自身免疫性疾病，例如红斑狼疮、纤维肌痛、类风湿性关节炎或HIV/AIDS
* 失明或视力低下
* 癌症
* 心血管或心脏疾病
* 乳糜泻
* 脑瘫
* 失聪或听力不佳
* 抑郁或焦虑
* 糖尿病
* 癫痫
* 肠胃疾病，例如克罗恩氏病，或肠易激综合征
* 智力障碍
* 肢体残缺或部分肢体残缺
* 神经系统疾病，例如偏头痛、帕金森病或多发性硬化症(MS)
* 精神疾病，例如，双相情感障碍、精神分裂症、创伤后应激障碍或重度抑郁症

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 请勾选下列其中一项： | | |
| **☐** | 是，我有残障，或有残障的病史/记录 |
| **☐** | 否，我没有残障，或没有残障的病史/记录 |
| **☐** | 不愿回答 |

公共负担声明：依据《1995年文书削减法》(Paperwork Reduction Act of 1995)，除非信息收集显示有效的OMB控制编号，否则任何人都无需对该等信息收集作出回复。完成本调查大约需要5分钟。

**仅限雇主填写**

*雇主可根据需要修改表格的本部分内容，以作记录保留之用。*

*例如：*

职位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 入职日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_