

残障情况自我确认表（自愿）

CC-305表格
第1页，共1页

OMB控制编号：1250-0005
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 and 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。

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：_____