

Auto-identification volontaire des personnes handicapées

Formulaire CC-305
Page 1 sur 1

Numéro de contrôle OMB 1250-0005
Expire le 31/05/2023

Nom : _____
ID Employé : _____
(si applicable)

Date : _____

Pourquoi êtes-vous tenu de remplir ce formulaire ?

En qualité d'entrepreneur ou de sous-traitant fédéral, nous sommes tenus par la loi d'assurer l'égalité des chances en matière d'emploi en faveur des personnes handicapées qualifiées. Nous sommes également tenus de mesurer les progrès réalisés pour qu'au moins 7 % de notre main-d'œuvre soit constituée de personnes handicapées. Pour ce faire, nous devons demander aux candidats et aux employés s'ils ont actuellement ou ont déjà eu un handicap par le passé. Toute personne peut devenir handicapée à tout moment. Nous demandons ainsi à tous nos employés de mettre à jour leurs informations au moins une fois tous les cinq ans.

L'auto-identification d'une personne handicapée est volontaire, et nous espérons que vous choisirez de le faire. Votre réponse restera confidentielle et ne sera pas divulguée aux fonctionnaires ni à aucune autre personne participant à la prise de décisions concernant le personnel. Le fait de remplir le formulaire n'aura aucune incidence négative sur votre situation, que vous ayez ou non effectué cette auto-identification par le passé. Pour obtenir de plus amples informations au sujet du présent formulaire ou de l'égalité des chances sur le marché du travail concernant les sous-traitants fédéraux, en vertu de la section 503 de la loi sur la réhabilitation (Rehabilitation Act), consultez le site Web de l'Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) du Département américain du Travail à l'adresse suivante : www.dol.gov/ofccp.

Comment savoir si vous souffrez d'un handicap ?

Vous êtes considéré comme souffrant d'un handicap si vous souffrez d'une déficience physique ou mentale ou d'une pathologie médicale qui limite considérablement l'un des domaines d'activité majeurs de la vie quotidienne, ou bien si vous disposez d'un historique médical ou d'antécédents médicaux concernant une telle déficience ou pathologie.

Les handicaps incluent, mais sans s'y limiter :

- L'autisme
- Les maladies auto-immunes, par exemple le lupus, la fibromyalgie, la polyarthrite rhumatoïde ou le VIH/sida
- La cécité ou malvoyance
- Le cancer
- Les maladies cardiovasculaires ou cardiaques
- La maladie coéliquaue
- La paralysie cérébrale
- La surdité ou l'insuffisance auditive
- La dépression ou l'anxiété
- Le diabète
- L'épilepsie
- Les troubles gastro-intestinaux, comme la maladie de Crohn ou le syndrome du côlon irritable, par exemple
- Les déficiences intellectuelles
- Les amputations ou amputations partielles
- Les affections du système nerveux, tel que les migraines, la maladie de Parkinson ou la sclérose en plaques (SEP)
- Les troubles psychiatriques, comme le trouble bipolaire, la schizophrénie, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou la dépression sévère

Veillez cocher l'une des cases suivantes :

- Oui, je souffre d'un handicap, ou présente des ant ecedents de handicap/ai souffert d'un handicap par le passé
- Non, je ne souffre d'aucun handicap, n'ai jamais souffert d'un handicap par le passé et ne présente aucun ant ecedent de handicap
- Je ne souhaite pas répondre

DÉCLARATION PUBLIQUE : Selon la loi de réduction des formalités administratives (Paperwork Reduction Act) de 1995, aucune personne n'est obligée de répondre favorablement au recueil d'informations à moins que ce recueil ne présente un numéro de contrôle OMB valide. Cette enquête devrait vous prendre environ 5 minutes.

Section réservée à l'employeur

Les employeurs peuvent modifier cette section du formulaire selon les besoins de la tenue des registres.

Par exemple :

Titre du poste : _____ Date d'embauche : _____