

Freiwillige Selbstidentifikation von Behinderungen

Formular CC-305
Seite 1 von 1

OMB-Kontrollnummer 1250-0005
Läuft am 31.05.2023 ab

Name: _____

Datum: _____

Mitarbeiter-ID: _____

(falls zutreffend)

Warum werden Sie gebeten, dieses Formular auszufüllen?

Wir sind ein Bundesunternehmen oder Subunternehmen, das gesetzlich verpflichtet ist, qualifizierten Menschen mit Behinderungen gleiche Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten. Wir sind auch verpflichtet, unsere Fortschritte im Hinblick darauf zu messen, dass mindestens 7 % unserer Belegschaft Menschen mit Behinderungen sind. Dazu müssen wir Bewerber und Mitarbeiter befragen, ob sie eine Behinderung haben oder jemals eine Behinderung hatten. Da eine Person jederzeit behindert werden kann, bitten wir alle unsere Mitarbeiter, ihre Informationen mindestens alle fünf Jahre zu aktualisieren.

Die Identifizierung als Person mit einer Behinderung ist freiwillig und wir hoffen, dass Sie sich dafür entscheiden. Ihre Antwort wird vertraulich behandelt und nicht von entscheidungsbefugten Mitarbeitern oder anderen Personen gesehen, die an Personalentscheidungen beteiligt sind. Das Ausfüllen des Formulars wirkt sich in keiner Weise negativ auf Sie aus, unabhängig davon, ob Sie sich in der Vergangenheit selbst identifiziert haben. Weitere Informationen zu diesem Formular oder zu den Verpflichtungen zur Gleichbehandlung von Bundesvertragsnehmern gemäß Abschnitt 503 des Rehabilitationsgesetzes finden Sie auf der Website des Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) des US-Arbeitsministeriums unter www.dol.gov/ofccp.

Woher wissen Sie, ob Sie eine Behinderung haben?

Sie gelten als behindert, wenn Sie eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder einen Gesundheitszustand haben, der eine wichtige Lebensaktivität erheblich einschränkt, oder wenn Sie eine Vorgeschichte oder einen Nachweis einer solchen Beeinträchtigung oder eines solchen Gesundheitszustands haben. *Behinderungen umfassen, sind aber nicht beschränkt auf:*

- Autismus
- Autoimmunerkrankung, zum Beispiel Lupus, Fibromyalgie, rheumatoide Arthritis oder HIV/AIDS
- Blindheit oder Sehbehinderung
- Krebs
- Kardiovaskuläre- oder Herzerkrankungen
- Zöliakie
- Zerebralparese
- Taubheit oder Schwerhörigkeit
- Depression oder Angstzustände
- Diabetes
- Epilepsie
- Magen-Darm-Erkrankungen, zum Beispiel Morbus Crohn oder Reizdarmsyndrom
- Geistige Behinderung
- Fehlende Gliedmaßen oder teilweise fehlende Gliedmaßen
- Erkrankungen des Nervensystems, zum Beispiel Migräne, Parkinson oder Multiple Sklerose (MS)
- Psychiatrische Erkrankungen, zum Beispiel bipolare Störung, Schizophrenie, PTBS oder schwere Depression

Bitte kreuzen Sie eines der folgenden Kästchen an:

- Ja, ich habe eine Behinderung oder eine Vorgeschichte/einen Nachweis einer Behinderung
- Nein, ich habe keine Behinderung oder keine Vorgeschichte/keinen Nachweis einer Behinderung
- Ich möchte nicht antworten

AUFWANDSERKLÄRUNG ZUM AUSFÜLLEN VON VERWALTUNGSFORMULAREN: Nach dem Paperwork Reduction Act (Gesetz zur Reduzierung des Papierverbrauchs) von 1995 ist niemand verpflichtet, auf eine Datenerhebung zu antworten, es sei denn, diese Erhebung weist eine gültige OMB-Kontrollnummer auf. Diese Umfrage sollte ungefähr 5 Minuten dauern.

Nur zur Verwendung durch den Arbeitgeber

Arbeitgeber können diesen Abschnitt des Formulars nach Bedarf für Aufzeichnungszwecke ändern.

Zum Beispiel:

Berufsbezeichnung: _____ Datum der Einstellung: _____