

## 자발적인 자체 장애 확인

서식 CC-305  
페이지 1 / 1

OMB 관리번호 1250-0005  
만료일: 05/31/2023

이름: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

고용자 ID: \_\_\_\_\_

(있는 경우)

### 이 서식의 작성을 요구받는 이유는?

저희는 연방 계약자 또는 하위 계약자로서 법률에 따라 자격을 갖춘 장애인에게 평등한 고용 기회를 제공합니다. 저희는 또한 저희 인력의 최소 7%가 장애인으로 구성되도록 하기 위한 진전도를 측정해야 합니다. 이를 위해 저희는 반드시 신청인 및 고용자에게 장애가 있거나 장애가 있었는지 여부를 질문해야만 합니다. 누구나 언제든지 장애인이 될 수 있으므로, 저희는 모든 고용자에게 최소 5년마다 자신의 정보를 업데이트하도록 요청하고 있습니다.

자신을 장애인으로 밝히는 것은 자발적이며 저희는 귀하께서 그렇게 하시길 바랍니다. 귀하의 답변은 기밀로 유지되며 인사 결정권자 또는 인사 결정과 관련된 기타 누구에게도 보여지지 않습니다. 서식 작성은 어떤 식으로든 귀하께 부정적 영향을 미치지 않을 것이며, 과거에 자체 확인을 했는지 여부는 관계없습니다. 본 서식이나 재활법 섹션 503에 따른 연방 정부 계약자의 평등 고용 의무에 대한 자세한 사항은 미국 노동부 연방 계약 컴플라이언스 프로그램(OFCCP) 웹사이트, [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp)를 참조하십시오.

### 장애가 있는지는 어떻게 알 수 있습니까?

만약 귀하께서 중요 일상 생활을 상당히 제한하는 신체적 또는 정신적 장애 또는 질환이 있거나 그러한 장애 또는 질환에 대한 이력 또는 기록이 있다면, 장애가 있는 것으로 간주됩니다. *장애의 대표적인 예는 다음과 같습니다(이에 국한되지 않음):*

- 자폐증
- 뇌성마비
- 사지 소실 또는 부분적 사지 소실
- 자가면역 질환(예: 루푸스, 섬유근육통, 류마티스성 관절염 또는 HIV/AIDS)
- 청각장애 또는 난청
- 신경계 질환(예: 편두통, 파킨슨병, 다발성 경화증(MS))
- 눈이 멀거나 저시력
- 우울증 또는 불안증
- 정신질환(예: 조울증, 조현병, PTSD 또는 주우울증)
- 암
- 당뇨병
- 소화기 질환(예: 크론병 또는 과민대장증후군)
- 심혈관 질환 또는 심질환
- 뇌전증
- 지적 장애
- 셀리악병
- 지적 장애

### 아래 항목 중 하나를 선택하십시오:

- 예, 장애가 있거나 장애 이력/기록이 있습니다
- 아니오, 장애 또는 장애 이력/기록이 없습니다
- 답변하고 싶지 않습니다

공공 부담 선언문: 1995년 문서감축법에 따라, 어떤 개인도 유효 OMB 관리번호가 표시되어 있지 않은 정보수집에 응답할 필요가 없습니다. 본 설문조사는 완료하는 데 약 5분이 소요됩니다.

### 고용주 사용으로 제한되는 공간

고용주는 기록 목적으로 필요 시, 서식의 본 섹션을 변경할 수 있습니다.

예시:

직책: \_\_\_\_\_ 고용날짜: \_\_\_\_\_