Добровольное заявление о наличии инвалидности

Форма CC-305 Контрольный номер OMB 1250-0005
Стр. 1 из 1 Действительно до 31/05/2023 г.

Имя и фамилия: Дата:

Номер работника:

(если применимо)

|  |
| --- |
| Почему вам предлагается заполнить эту форму? |

Мы являемся работодателем или субподрядчиком с контрактом федерального правительства, который, по закону, должен обеспечивать равные возможности в отношении трудоустройства квалифицированным лицам с инвалидностью. Нам также необходимо отчитываться о достижении процентной доли работников с инвалидностью среди общего количества наших работников, которая должна составлять не менее 7 %. Для этого мы спрашиваем заявителей и работников, есть ли у них инвалидность в настоящее время, а также была ли у них инвалидность в прошлом. В виду того, что любой человек может стать инвалидом в любое время, мы просим всех наших работников обновлять информацию о себе по меньшей мере каждые пять лет.

Предоставление информации о наличии у инвалидности является добровольным, и мы надеемся, что вы предоставите нам такую информацию. Ваш ответ будет храниться в секрете; он не будет раскрыт специалистам по отбору или любым другим лицам, которые принимают решения в отношении отбора персонала. Заполнение вами формы не окажет какого бы то ни было негативного влияния на вас, вне зависимости от того, каким образом вы заявляли о себе в прошлом. Дополнительная информация в отношении данной формы или в отношении обязательств в связи с предоставлением равных возможностей трудоустройства, которые берут на себя работодатели с контрактами федерального правительства в соответствии с положениями раздела 503 Закона о реабилитации инвалидов (Rehabilitation Act), приведена на веб-сайте Отдела по администрированию программ соответствия нормам и правилам для подрядчиков федерального правительства (Office of Federal Contract Compliance Programs, OFCCP) Департамента труда США (U.S. Department of Labor) по адресу [www.dol.gov/ofccp](https://www.dol.gov/agencies/ofccp).

|  |
| --- |
| Как узнать, есть ли у вас инвалидность? |

Вы являетесь с лицом с инвалидностью, если у вас есть физические или психические недостатки или медицинские состояния, которые существенным образом ограничивают вашу повседневную деятельность, либо такие недостатки были обнаружены в прошлом, что зафиксировано в вашей медицинской карте. *Инвалидизирующим состоянием, кроме прочего, является:*

* Аутизм
* Аутоимунное нарушение, к примеру, волчанка, фибромиалгия, ревматоидный артрит или ВИЧ/СПИД
* Слепота или нарушение зрения
* Онкологические заболевания
* Заболевания сердечно-сосудистой системы или сердца
* Глютеновая болезнь
* Церебральный паралич
* Глухота или тугоухость
* Депрессия или тревожность
* Диабет
* Эпилепсия
* Нарушения желудочно-кишечного тракта, к примеру, болезнь Крона или синдром раздраженного кишечника
* Интеллектуальная инвалидность
* Полное или частичное отсутствие конечностей
* Специфическое состояние нервной системы, к примеру, головная боль - мигрень, болезнь Паркинсона или рассеянный склероз (РС)
* Специфические психиатрические состояния, к примеру, биполярное расстройство, шизофрения, посттравматическое расстройство или общая депрессия

|  |
| --- |
| Отметьте соответствующее поле ниже: |
| **☐** | Да, у меня есть инвалидность в настоящий момент, либо есть запись о том, что у меня была инвалидность в анамнезе  |
| **☐** | Нет, у меня нет инвалидности в настоящий момент, и нет записей о том, что у меня была инвалидность в анамнезе |
| **☐** | Я не хочу отвечать |

ДЕКЛАРАЦИЯ О НАГРУЗКЕ ДЛЯ ОБЩЕСТВА: В соответствии с положениями Закона о сокращении бумажного оборота (Paperwork Reduction Act) 1995 года никто не обязан отвечать на запросы о сборе информации, если на таком запросе отсутствует действительный контрольный номер OMB. Заполнение этой анкеты займет около 5 минут вашего времени.

**Только для работодателей**

*Работодатели могут изменить содержание этого раздела формы в целях делопроизводства.*

*К примеру:*

Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата приема на работу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_