

## Добровольное заявление о наличии инвалидности

Форма СС-305  
Стр. 1 из 1

Контрольный номер OMB 1250-0005  
Действительно до 31/05/2023 г.

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_  
Номер работника: \_\_\_\_\_  
(если применимо)

Дата: \_\_\_\_\_

### 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 происходит добровольно, 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](http://www.dol.gov/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
- Аутоиммунное 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: \_\_\_\_\_