

自願表明身有障礙身分

表格 CC-305
第 1 頁，共 1 頁

OMB 控制號碼 1250-0005
有效期 2026 年 4 月 30 日

姓名：

日期：

僱員 ID：

(如適用)

為什麼要求您填寫此表格？

我們是聯邦承包商或分包商。法律要求我們為合資格的身有障礙人士提供平等的就業機會。我們的目標是讓身有障礙人士在工作者中的佔比至少為 7%。法律規定，我們須衡量我們實現此目標的進展。為此，我們須向申請者和僱員詢問他們是否身有障礙或曾經身有障礙。人們可能會變成身有障礙，因此我們需要至少每五年詢問一次此問題。

可自願填寫此表格，我們希望您會選擇這樣做。您的回答是保密的。做出招聘決定的人都不會看到它。您決定填寫表格和您的回答將不會對您造成任何損害。如果您想瞭解更多關於法律或此表格的資訊，請造訪美國勞工部的聯邦合約合規計劃辦公室 (OFCCP) 網站：www.dol.gov/ofccp。

您如何知道自己是否身有障礙？

身有障礙是嚴重限制您的一個或多個「主要生活活動」的身體狀況。如果您有或曾經有過這種身體狀況，那麼您是身有障礙人士。**障礙包括但不限於：**

- 酒精或其他物質使用障礙 (目前沒有非法使用藥物)
- 自身免疫性疾病，例如，狼瘡、纖維肌痛、類風濕關節炎、愛滋病毒/愛滋病
- 失明或低視力
- 癌症 (過去或現在)
- 心血管疾病或心臟病
- 麩質不耐症
- 腦性麻痺
- 失聰或嚴重聽力障礙
- 糖尿病
- 外形損傷，例如，由燒傷、創傷、意外或先天性疾病引起的外形損傷
- 癲癇或其它突發疾病
- 胃腸疾病，例如，克隆氏症、腸躁症候群
- 智力或發育障礙
- 心理健康狀況，例如，抑鬱症、躁鬱症、焦慮症、思覺失調症、創傷後壓力症候群 (PTSD)
- 肢體缺失或部分肢體缺失
- 行動障礙，受益於使用輪椅、踏板車、助行器、腿部支架和/或其它支援
- 神經系統狀況，例如，偏頭痛、帕金森氏病、多發性硬化症 (MS)
- 神經多樣性，例如，注意力缺失/過動症 (ADHD)、泛自閉症障礙、閱讀障礙、運用障礙，其他學習障礙
- 部分或完全麻痺 (任何原因)
- 肺部或呼吸系統狀況，例如，結核病、哮喘、肺氣腫
- 身材矮小 (侏儒症)
- 創傷性腦損傷

請勾選以下其中一個方框：

是，本人身有障礙，或過去曾經身有障礙

否，本人沒有身有障礙，且過去不曾身有障礙

本人不想回答

公共負擔聲明：根據 1995 年的《文書簡化法案》，除非該等收集顯示有效的 OMB 控制號碼，否則任何人不需要對資訊收集作出回應。完成此調查大約需要 5 分鐘。

僅供僱主使用

僱主可根據需要修改表格的此部分，以作記錄保存之用。

範例：

職銜：

僱用日期：