

## خود شناسایی داوطلبانه معلولیت

شماره کنترل 1250-0005  
تاریخ انقضا 04/30/2026

فرم CC-305  
صفحه ۱ از ۱

نام: \_\_\_\_\_  
شناسه کارمند: \_\_\_\_\_

(در صورت اعمال)

### چرا از شما خواسته شده که این فرم را تکمیل کنید

هدف ما این است که حداقل ۷٪ از کارکنان ما افرادی با معلولیت باشند فراهم کنیم. قانون می گوید که باید پیشرفت خود را در رسیدن به این هدف اندازه گیری کنیم. برای این کار، باید از متقاضیان و کارمندان بپرسیم که آیا معلولیت دارند یا در گذشته داشته اند. افراد می توانند معلول شوند، بنابراین باید این سوال را حداقل هر پنج سال یکبار بپرسیم.

تکمیل این فرم اختیاری است و ما امیدواریم که شما تصمیم بگیرید آن را تکمیل کنید. پاسخ شما محرمانه است. هیچ کسی که در تصمیمات استخدامی دخیل است آن را نخواهد دید. تصمیم شما برای تکمیل فرم و پاسخ شما به هیچ وجه به شما صدمه نمی زند. اگر می خواهید بیشتر درباره قانون یا این فرم بدانید، به وب سایت دفتر برنامه [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp) های تطابق پیمان فدرال وزارت کار آمریکا به آدرس مراجعه کنید.

### چگونه می توانید بفهمید که معلولیت دارید؟

معلولیت شرایطی است که یک یا چندی از "فعالیت های زندگی اساسی" شما را به طور قابل توجهی محدود می کند. اگر شما چنین شرایطی دارید یا در گذشته داشته اید، یک فرد معلول هستید. معلولیت شامل موارد زیر است، اما به این موارد محدود نمی شود

- وضعیت سیستم عصبی، به عنوان مثال، سردردهای (میگرنی، بیماری پارکینسون، مولتیپل (MS) اسکلروزیس
- وضعیتی عصبی، به عنوان مثال، اختلال نقص و اگرایی عصبی، به عنوان مثال، اختلال نقص (ADHD توجه/بیش)
- اختلال طیف اوتیسم، نارساخوانی، دیسپراکسی، سایر ناتوانی های یادگیری
- فلج جزئی یا کامل (به هر علتی)
- شرایط ریوی یا تنفسی، به عنوان مثال، سل، آسم، آمفیزم
- کوتاه قد (کوئوله بودن)
- آسیب مغزی ترومات
- تغییر شکل، به عنوان مثال، تغییر شکل ناشی از سوختگی، زخم، تصادف، یا اختلالات مادرزادی
- صرع یا سایر اختلالات تشنجی
- اختلالات گوارشی، به عنوان مثال، بیماری کرون، سندرم روده تحریک پذیر
- ناتوانی ذهنی یا رشدی
- شرایط سلامت روان، به عنوان مثال، افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب، PTSD اسکیزوفرنی،
- دست و پا از دست رفته یا اندام هایی که جزئی از دست رفته اند
- اختلالات حرکتی، بهره مندی از استفاده از ویلچر، روروک مخصوص بچه ها، واکر، بند(های) پا و/یا سایر تکیه گاه ها
- اختلال در مصرف الکل یا سایر مواد مخدر (در حال حاضر از مواد مخدر غیرقانونی استفاده نمی کنید)
- اختلال ایمنی خود، به عنوان مثال لوپوس، فیبرومیالژیا، التهاب مفاصل روماتوئیدی، اینز / اچ آی وی
- نابینایی یا دید کم
- سرطان (گذشته یا حال)
- بیماری قلبی یا قلب و عروقی
- بیماری سلیاک
- فلج مغزی
- ناشنوا یا مشکل جدی در شنوایی
- دیابت

### لطفاً یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید

- بله، من دارای معلولیت هستم یا در گذشته داشته ام (سابقه)
- نه، من دارای معلولیت نیستم و در گذشته نداشتم (سابقه)
- نمی خواهم پاسخ دهم

بیانیه فشار عمومی: به موجب قانون کاهش مدارک سال ۱۹۹۵، هیچ فردی مجبور به پاسخگویی به یک مجموعه اطلاعاتی نیست، مگر اینکه این مجموعه شامل یک شماره کنترل معتبر از سوی دفتر مدیریت و بودجه کشوری باشد. این نظرسنجی حدود ۵ دقیقه زمان خواهد برد.

### فقط برای استفاده کننده کارفرما

کارفرماها ممکن است این بخش از فرم را برای اهداف ثبت اطلاعات تغییر دهند برای مثال  
عنوان شغل: \_\_\_\_\_ تاریخ استخدام: \_\_\_\_\_