

## Auto-identification volontaire d'un handicap

Formulaire CC-305  
Page 1 de 1

Numéro de contrôle 1250-0005  
Expire le 30/04/2026

Nom: \_\_\_\_\_  
ID de l'employé: \_\_\_\_\_  
(s'il y a lieu)

Date: \_\_\_\_\_

### Pourquoi vous demande-t-on de remplir ce formulaire?

Nous sommes un contractant ou un sous-traitant fédéral. La loi nous oblige à offrir l'égalité des chances en matière d'emploi aux personnes handicapées qualifiées. Nous avons pour objectif de compter au moins 7 % de personnes handicapées parmi nos travailleurs. La loi stipule que nous devons mesurer les progrès accomplis dans la réalisation de cet objectif. Pour ce faire, nous devons demander aux candidats et aux employés s'ils ont un handicap ou s'ils en ont déjà eu un. Les personnes peuvent développer un handicap, c'est pourquoi nous devons poser cette question au moins tous les cinq ans.

Remplir ce formulaire est facultatif et nous espérons que vous choisirez de le faire. Votre réponse est confidentielle. Aucune personne chargée de prendre des décisions d'embauche ne la verra. Votre décision de remplir le formulaire et votre réponse ne vous porteront en aucun cas préjudice. Si vous souhaitez en savoir plus sur la loi ou sur ce formulaire, consultez le site web de l'Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) du ministère américain du travail à l'adresse suivante [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

### Comment savoir si vous avez un handicap?

Un handicap est un état qui limite considérablement une ou plusieurs de vos "principales activités de la vie". Si vous souffrez ou avez souffert d'un tel état, vous êtes une personne handicapée. **Les handicaps incluent, mais ne sont pas limités à:**

- Consommation d'alcool ou d'autres substances (pas de consommation illégale de drogues)
- Trouble auto-immun, par exemple lupus, fibromyalgie, arthrite rhumatoïde, VIH/SIDA
- Aveugles ou malvoyants
- Cancer (ancien ou actuel)
- Maladie cardiovasculaire ou cardiaque
- Maladie cœliaque
- Paralyse cérébrale
- Surdité ou graves difficultés d'audition
- Diabète
- Défiguration, par exemple défiguration causée par des brûlures, des accidents ou des troubles congénitaux.
- Epilepsie ou autre trouble convulsif
- Troubles gastro-intestinaux, par exemple, maladie de Crohn, syndrome du côlon irritable
- Handicap intellectuel ou développemental
- Troubles mentaux, par exemple dépression, trouble bipolaire, trouble anxieux, schizophrénie, stress post-traumatique.
- Membres manquants ou partiellement manquants
- Mobilité réduite, nécessitant l'utilisation d'un fauteuil roulant, d'un scooter, d'un déambulateur, d'une jambe orthopédique et/ou d'autres supports.
- Affection du système nerveux, par exemple, migraines, maladie de Parkinson, sclérose en plaques (SEP)
- Neurodivergence, par exemple, trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), trouble du spectre autistique, dyslexie, dyspraxie, autres troubles de l'apprentissage.
- Paralyse partielle ou complète (toutes causes confondues)
- Affections pulmonaires ou respiratoires, par exemple tuberculose, asthme, emphysème
- Petite taille (nanisme)
- Lésions cérébrales traumatiques

### Veillez cocher l'une des cases ci-dessous:

- Oui, j'ai un handicap ou j'en ai eu un dans le passé
- Non, je n'ai pas de handicap et n'en ai pas eu dans le passé
- Je ne veux pas répondre

**DÉCLARATION DE CHARGE PUBLIQUE:** Conformément à la loi de 1995 sur la réduction des formalités administratives (Paperwork Reduction Act), personne n'est tenu de répondre à une collecte d'informations à moins que cette collecte n'affiche un numéro de contrôle OMB valide. Cette enquête devrait prendre environ 5 minutes.

### A l'usage exclusif de l'employeur

Les employeurs peuvent modifier cette section du formulaire si nécessaire, à des fins d'archivage.

Par exemple:

Titre du poste: \_\_\_\_\_ Date de recrutement: \_\_\_\_\_