

障がいをお持ちの方の自己申告

フォームCC-305
1/1 ページ

OMBコントロール番号 1250-0005
有効期限2023年5月31日

名前: _____

日付: _____

従業員ID: _____

(該当する場合)

本フォームの記入を依頼される理由

当社は連邦政府の請負業者または下請業者です。障がいをお持ちの方に雇用機会を均等に提供することを、法律により義務付けられています。当社はまた、全従業員あたりの障がい者が占める割合の目標を7%以上としていますが、その達成率を評価することも求められています。このため、求職者および従業員に、障がいをお持ちかどうか、または過去に障がいをお持ちであった時期があるかを質問します。誰しも不測の事態により障がいを負う可能性があるため、少なくとも5年に一度は、全ての従業員の最新の情報を更新する必要があります。

あなたが障がいがある個人であると名乗り出るのは自由意思であり、当社はそれを期待していません。回答は極秘扱いとなり、職員や人事決定に関わる人の目に触れることはありません。過去に自ら名乗り出たことがあるかどうかとは関係なく、このフォームに記入してもあなたにとってなんら不利益は生じません。このフォームまたはリハビリテーション法第503条による連邦政府の請負業者の平等な雇用義務についての詳細は、米国労働省の連邦契約履行プログラム事務所（OFCCP）のウェブサイトwww.dol.gov/ofccpをご覧ください。

自分に障がいがあると分かったのはどうしてですか？

生活の中で広範な活動を大幅に妨げられる身体的または精神的障がいや病状がある場合、または該当する障がいや病状の病歴や記録がある場合に、あなたは障がいがあるとみなされます。障がいには次のものが含まれますが、これらに限定されません：

- 自閉症
- 自己免疫疾患、例えば、尋常性狼瘡、線維筋痛、関節リウマチ、またはHIV/エイズ
- 盲目または弱視
- 癌
- 循環器または心臓の疾患
- セリアック病
- 脳性小児まひ
- 聴覚障がいまたは難聴
- うつ病や不安
- 糖尿病
- てんかん
- クロウン病や過敏性腸症候群などの消化器疾患
- 知的障がい
- 肢の部分的または完全な喪失
- 例えば、片頭痛、パーキンソン病、多発性硬化症（MS）などの神経系の疾患
- 例えば双極性障がい、統合失調症、PTSD、深刻な落ち込みなど精神疾患

下のボックスから1つにチェックを入れてください：

- はい、私には障がいがあります、または障がいがあった病歴/記録があります
- いいえ、私には障がいはありません、または障がいがあった病歴/記録はありません
- 答えたくありません

負担に関する公開文章1995年度書類削減法により、個人は有効なOMBコントロール番号が提示されていない場合、情報収集へ協力する義務を負いません。本調査は5分程で受けられます。

事業主のみが記入

雇用者は必要に応じて、記録管理を目的としてこのフォームのセクションを修正できます。

例：

職名: _____ 雇用された日付: _____