

التحديد الاختياري الذاتي للإعاقة

OMB رقم التحكم 1250-0005
تنتهي صلاحيتها 2026/04/30

نموذج 305-CC
صفحة 1 من 1

التاريخ: _____

الاسم: _____

هوية الموظف: _____

(إن أمكن)

لماذا يطلب منك إكمال هذا النموذج؟

نحن مقاول فيدرالي أو مقاول من الباطن. يتطلب منا القانون توفير فرص عمل متساوية للأشخاص ذوي الإعاقة المؤهلين. هدفنا هو أن يكون لدينا ما لا يقل عن 7٪ من الأشخاص ذوي إعاقة للعمل لدينا. وينص القانون على أنه يجب علينا قياس تقدمنا نحو هذا الهدف. لتحقيق ذلك، يتوجب علينا أن نسأل المتقدمين والموظفين إذا كان لديهم إعاقة في الوقت الحالي أو أي وقت مضى. يمكن أن يصبح الناس ذوي إعاقة، لذلك من الضروري طرح هذا السؤال كل خمس سنوات على الأقل.

استكمال هذا النموذج اختياري، ونأمل أن تختار القيام بذلك. إجابتك سرية. لن يراها أي شخص يتخذ قرارات التوظيف. لن يؤديك اتخاذك قرار ملء الاستمارة وإجابتك بأي شكل من الأشكال. إذا كنت ترغب في معرفة المزيد عن القانون أو عن هذا النموذج، فقم بزيارة مكتب برامج الامتثال للعقود الفيدرالية التابع لوزارة العمل الأمريكية (OFCCP) على الموقع www.dol.gov/ofccp.

كيف تعرف إذا كنت تعاني من إعاقة؟

تضع الإعاقة حداً بشكل كبير لنشاط أو أكثر من "أنشطة الحياة الأساسية". إذا كان لديك أو سبق لك أن عانيت من مثل هذه الحالة، فإنك شخص ذو إعاقة. وتشمل الإعاقات، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الكحول أو أي اضطراب آخر في تعاطي المخدرات (عدم تعاطي المخدرات حالياً بشكل غير قانوني)
- اضطراب المناعة الذاتية، على سبيل المثال، مرض الذئبة، فيبروميالغيا، التهاب المفاصل الروماتويدي، فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
- ضعف البصر أو العمى
- السرطان (الماضي أو الحاضر)
- أمراض القلب والأوعية الدموية أو أمراض القلب
- مرض الاضطرابات الهضمية
- شلل الدماغ
- صعوبة بالغة في السمع
- مرض السكري
- التشوه، على سبيل المثال، التشوه الناجم عن الحروق أو الجروح أو الحوادث أو الاضطرابات الخلقية
- الصرع أو اضطراب لنوبات الأخرى
- اضطرابات الجهاز الهضمي، على سبيل المثال، داء كرون، متلازمة القولون العصبي
- الإعاقة الذهنية أو التنموية
- حالات الصحة العقلية، على سبيل المثال، الاكتئاب، الاضطراب ثنائي القطب، اضطراب القلق، انفصام الشخصية، PTSD
- ضعف الحركة والاستفادة من استخدام الكرسي المتحرك، الدراجة البخارية، المشاة ودعامة (دعامات) الساق، و/أو الدعائم الأخرى
- حالة الجهاز العصبي، على سبيل المثال، الصداع النصفي، مرض باركنسون، التصلب المتعدد (MS)
- التنوع العصبي، على سبيل المثال، اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD)، اضطراب طيف التوحد، عسر القراءة، خلل الاداء، وغيرها من صعوبات التعلم
- شلل جزئي أو كامل (لأي سبب)
- حالات الرئة أو الجهاز التنفسي، على سبيل المثال، السل، الربو، انتفاخ الرئة
- قصر القامة (القزامة)
- إصابات الدماغ المؤلمة

يرجى وضع علامة في أحد المربعات أدناه:

- نعم، لدي إعاقة، أو كان لدي إعاقة في الماضي
- لا، ليس لدي إعاقة ولم يكن لدي أي إعاقة في الماضي
- لا أريد الاجابة

بيان الأعباء العامة: وفقاً لقانون تخفيض الأوراق لسنة 1995، ليس على أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض هذه الأخيرة رقم تحكم صالح لـ OMB. يجب أن يستغرق استكمال هذا الاستبيان حوالي 5 دقائق.

لاستخدام أصحاب العمل فقط

يمكن لأصحاب العمل تعديل هذا القسم من النموذج حسب الحاجة لأغراض حفظ السجلات.

وعلى سبيل المثال:

تاريخ التعيين: _____

عنوان الوظيفة: _____