

자발적 자가 장애 식별설문

문서양식 CC-305

페이지 1 중 1

OMB 식별 번호 1250-0005

만료기간 04/30/2026

성명: _____

날짜: _____

직원 ID: _____

(해당하는 경우)

이 양식을 작성하는 이유가 무엇인가요?

당사는 연방 계약업체 또는 하청업체입니다. 당사는 법에 따라 자격을 갖춘 장애인에게 동등한 고용 기회를 제공해야 합니다. 당사는 전체 직원의 7% 이상을 장애인으로 고용한다는 목표를 가지고 있습니다. 법에 따라 우리는 이 목표에 대한 진척 상황을 평가해야 합니다. 이를 위해 지원자 혹은 직원에게 장애가 있는지, 또는 장애를 겪은 적이 있는지 여부를 확인해야 합니다. 누구나 장애인이 될 수 있으므로 적어도 5년마다 이 설문조사를 실시해야 합니다.

이 설문지 작성은 자발적인 선택에 따라 이루어질 수 있으며, 원하시는 경우 작성해 주시기 바랍니다. 답변은 기밀로 유지되며 채용 결정을 내리는 그 누구도 이 정보를 볼 수 없습니다. 이 양식을 작성하기로 결정하고 답변하는 것은 어떤 방식으로든 귀하에게 해가 되지 않습니다. 법률 또는 이 양식에 대해 자세히 알아보려면 미국 노동부 연방계약준수프로그램국(OFCCP) 웹사이트(www.dol.gov/ofccp)를 방문하세요.

장애가 있는지 어떻게 알 수 있나요?

장애란 "주요 생활 활동" 중 하나 이상을 실질적으로 제한하는 상태를 말합니다. 이러한 질환을 앓고 있거나 앓은 적이 있다면 장애가 있는 사람입니다.

장애에는 다음이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다:

- 알코올 또는 기타 약물 사용 장애 (현재 불법적으로 약물을 사용하지 않는 경우)
- 자가 면역 장애(예: 루푸스, 섬유근육통, 류마티스 관절염, HIV/AIDS)
- 실명 또는 저시력
- 암(과거 또는 현재)
- 심혈관 또는 심장 질환
- 체강 질병
- 뇌성 마비
- 청각 장애 또는 심각한 청각 장애
- 당뇨병
- 기형장애, 예를 들면 화상, 상처, 사고 또는 선천성 기형
- 간질 또는 기타 발작 장애
- 위장 장애(예: 크론병, 과민성 대장 증후군)
- 지적 또는 발달 장애
- 정신 건강 상태 (예: 우울증, 양극성 장애, 불안 장애, 정신분열증, 외상 후 스트레스 장애)
- 사지 결손 또는 부분적으로 결손된 사지
- 휠체어, 스쿠터, 보행기, 다리 보조기 및/또는 기타 보조기를 사용해야 하는 거동이 불편한 경우
- 신경계 질환 (예: 편두통, 파킨슨병, 다발성 경화증(MS))
- 주의력 결핍/과잉 행동 장애(ADHD), 자폐 스펙트럼 장애, 난독증, 실어증, 기타 학습 장애와 같은 신경 발산 장애
- 부분 또는 전신 마비(모든 원인)
- 폐 또는 호흡기 질환(예: 결핵, 천식, 폐기종)
- 저신장 (왜소증)
- 외상성 뇌 손상

아래 박스 중 하나를 선택해 주세요:

- 예, 장애가 있거나 과거에 장애를 겪은 적이 있습니다.
- 아니요, 저는 장애가 없으며 과거에도 장애를 겪은 적이 없습니다.
- 응답하고 싶지 않습니다.

공공 부담금 명세서: 1995년 서류 작업 감소법에 따르면 유효한 OMB 관리 번호가 표시되지 않는 한 정보 수집에 응답할 의무가 없습니다. 이 설문조사를 완료하는 데 5분 정도 소요됩니다.

고용주 전용

고용주는 기록 보관 목적으로 필요에 따라 양식의 이 항목을 수정할 수 있습니다.

예시:

직책: _____ 채용 날짜: _____