

## 残疾自愿自我鉴定

表格 CC-305  
第1页，共1页

管理和预算办公室（OMB）控制编号 1250-0005  
有效期至2026年4月30日

姓名： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

员工编号： \_\_\_\_\_

(如适用)

### 为什么要求您填写此表格？

我们是联邦承包商或分包商。法律要求我们为符合条件的残疾人提供平等的就业机会。我们的目标是让至少 7% 的员工是残疾人。法律规定，我们必须衡量我们在实现这一目标方面取得的进展。为此，我们须询问申请人和员工是否有残疾或曾经有过残疾。人们可能会成为残疾人，因此我们需要至少每五年问一次这个问题。

填写此表格是自愿的，我们希望您能选择这样做。您的答案是保密的。做招聘决定的人不会看到它。您填写表格的决定和答案不会对您造成任何伤害。如果您想了解更多有关法律或本表格的信息，请访问美国劳工部联邦合同执行程序办公室（OFCCP）网站，网址为 [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp)。

### 您怎么知道您是否有残疾？

残疾是一种严重限制您一项或多项“主要生活活动”的情况。如果您有或曾经有过这种情况，您就是残疾人。残疾包括但不限于：

- 酒精或其他物质使用障碍（目前未非法使用毒品）
- 自身免疫性疾病，例如狼疮、纤维肌痛、类风湿性关节炎、艾滋病毒/艾滋病
- 失明或低视力
- 癌症（过去或现在）
- 心血管或心脏病
- 乳糜泻
- 脑瘫
- 耳聋或严重听力障碍
- 糖尿病
- 毁容，例如烧伤、创伤、事故或先天性疾病引起的毁容
- 癫痫或其他癫痫发作
- 胃肠道疾病，例如克罗恩病、肠易激综合征
- 智力或发育障碍
- 心理健康状况，例如抑郁症、双相情感障碍、焦虑症、精神分裂症、创伤后应激障碍
- 肢体缺失或部分肢体缺失
- 行动不便，借助于使用轮椅、滑行车、助行器、腿部支架和/或其他支撑
- 神经系统疾病，例如偏头痛、帕金森病、多发性硬化症（MS）
- 神经发散，例如注意力缺陷/多动障碍（ADHD）、自闭症谱系障碍、阅读障碍、运动障碍、其他学习障碍
- 部分或完全瘫痪（任何原因）
- 肺部或呼吸系统疾病，例如肺结核、哮喘、肺气肿
- 身材矮小（侏儒症）
- 创伤性脑损伤

### 请勾选下面的其中一个框：

- 是的，我有残疾，或者过去有过残疾
- 不，我没有残疾，过去也没有残疾
- 我不想回答

公共负担声明：根据1995年的《文书削减法》，除非此类收集显示有效的管理和预算办公室（OMB）控制编号，否则不需要任何人信息收集做出回应。完成此调查大约需要5分钟。

仅供雇主使用

雇主可以根据需要修改表格的这一部分，以备记录之用。

例如：

职位： \_\_\_\_\_ 聘用日期： \_\_\_\_\_