

Добровільне самовизначення інвалідності

Форма СС-305
Сторінка 1 з 1

Контрольний номер OMB 1250-0005
Термін дії закінчується 30.04.2026

Ім'я: _____

Дата: _____

ID працівника: _____

(якщо актуально)

Чому вас просять заповнити цю форму?

Ми є федеральним підрядником або субпідрядником. Закон вимагає від нас надавати рівні можливості працевлаштування кваліфікованим людям з обмеженими можливостями. У нас є мета, щоб принаймні 7% наших працівників були людьми з обмеженими можливостями. Закон каже, що ми повинні вимірювати наш прогрес у досягненні цієї мети. Для цього ми повинні запитати заявників і працівників, чи мають вони інвалідність або мали її коли-небудь. Люди можуть стати інвалідами, тому ми повинні задавати це питання принаймні кожні п'ять років.

Заповнення цієї форми є добровільним, і ми сподіваємося, що ви вирішите це зробити. Ваша відповідь конфіденційна. Ніхто, хто приймає рішення про прийом на роботу, цього не побачить. Ваше рішення заповнити форму та ваша відповідь жодним чином не зашкодять вам. Якщо ви хочете дізнатися більше про закон або цю форму, відвідайте веб-сайт Управління федеральних програм дотримання контрактів (OFCCP) Департаменту праці США за адресою www.dol.gov/ofccp.

Як дізнатися, чи є у вас інвалідність?

Інвалідність – це стан, який суттєво обмежує одну чи декілька ваших «основних життєвих дій». Якщо у вас є або коли-небудь був такий стан, ви є людиною з обмеженими можливостями. **Інваліди включають, але не обмежуються:**

- Розлад, пов'язаний зі зловживанням алкоголем або іншими психоактивними речовинами (наразі не вживає наркотики незаконно)
- Аутоімунні розлади, наприклад, вовчак, фіброміалгія, ревматоїдний артрит, ВІЛ/СНІД
- Сліпий або слабозорий
- Рак (в минулому або в даний час)
- Серцево-судинні або серцеві захворювання
- Целіакія
- Дитячий церебральний параліч
- Глухий або серйозні проблеми зі слухом
- Цукровий діабет
- Спотворення, наприклад, спотворення, спричинене опіками, ранами, нещасними випадками або вродженими розладами
- Епілепсія або інший судомний розлад
- Шлунково-кишкові розлади, наприклад, хвороба Крона, синдром подразненого кишечника
- Порушення інтелектуального розвитку або розвитку
- Розлади психічного здоров'я, наприклад, депресія, біполярний розлад, тривожний розлад, шизофренія, посттравматичний стресовий розлад
- Відсутність кінцівок або часткова відсутність кінцівок
- Порушення рухливості, переваги від використання інвалідного візка, самоката, ходунків, бандажів для ніг та/або інших опор
- Стан нервової системи, наприклад, головний біль мігрені, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз (РС)
- Нейродивергенція, наприклад, розлад дефіциту уваги/гіперактивності (СДУГ), розлад спектру аутизму, дислексія, диспраксія, інші проблеми з навчанням
- Частковий або повний параліч (будь-яка причина)
- Легеневі або респіраторні захворювання, наприклад, туберкульоз, астма, емфізема
- Низький зріст (карликовість)
- Черепно-мозкова травма

Поставте прапорці в одному з наведених нижче полів.

- Так, я маю інвалідність або мав таку в минулому
- Ні, я не маю інвалідності і не мав такої в минулому
- Я не хочу відповідати

ЗАЯВА ПРО ПУБЛІЧНІСТЬ: Відповідно до Закону про скорочення документообігу 1995 року, ніхто не зобов'язаний відповідати на збір інформації, якщо такий збір не відображає дійсний контрольний номер OMB. Це опитування займе близько 5 хвилин.

Тільки для роботодавця

Роботодавці можуть змінювати цей розділ форми за потреби для цілей ведення записів.

Наприклад:

Посада: _____ Дата прийняття на роботу: _____