



Autoidentificación voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de control de la OMB 1250-0005
Vence el 31/May/2023

Nombre: _____
Identificador de empleado: _____
(si procede)

Fecha: _____

¿Por qué se le ha pedido que conteste este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal obligado por la ley a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas calificadas con discapacidades. También estamos obligados a medir nuestro progreso hacia el objetivo de que al menos el 7% de nuestros empleados sean personas con discapacidades. Para ello, debemos preguntarle a nuestros aspirantes y empleados si tienen o alguna vez han tenido una discapacidad. Dado que una persona puede quedar discapacitada en cualquier momento, les pedimos a todos nuestros empleados que actualicen su información por lo menos cada cinco años.

Identificarse con una persona con discapacidad es voluntario, y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta se mantendrá confidencial y no será vista por directivos encargados de la selección, ni por otras personas que tomen decisiones sobre el personal. Contestar el formulario no tendrá ningún efecto negativo para usted, sin importar si se ha autoidentificado en el pasado. Para obtener más información sobre este formulario o sobre las obligaciones de empleo igualitario de los contratistas federales en los términos de la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación, visite el sitio de internet de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo puede saber si tiene una discapacidad?

Se considera que tiene una discapacidad si tiene algún impedimento o trastorno médico, ya sea físico o mental, que limite sustancialmente una actividad importante de la vida, o si tiene un historial o registro de dicho impedimento o trastorno médico. *Las discapacidades incluyen, entre otras:*

- Autismo
- Enfermedades autoinmunes, como lupus, fibromialgia, artritis reumatoide o VIH/sida
- Ceguera o problemas de la vista
- Cáncer
- Enfermedad cardiovascular o cardíaca
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o problemas del oído
- Depresión o ansiedad
- Diabetes
- Epilepsia
- Trastornos gastrointestinales, como enfermedad de Crohn o síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual
- Ausencia total o parcial de extremidades
- Trastornos del sistema nervioso, como migrañas, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple
- Trastornos psiquiátricos, como trastorno bipolar, esquizofrenia, TEPT o depresión mayor

Marque una de las siguientes casillas:

- Sí, tengo una discapacidad o un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No, no tengo una discapacidad ni un historial o registro de haber tenido una discapacidad
- No quiero responder

DECLARACIÓN DE CARGA PÚBLICA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, nadie está obligado a responder un instrumento de recolección de información si dicho instrumento no muestra un número de control válido de la OMB. Contestar esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos.

Solamente para uso del empleador

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario de la manera necesaria para fines de conservación de registros.

Por ejemplo:

Puesto: _____ Fecha de contratación: _____