



MEMO

To All Employees,

We at Haire Plumbing & Mechanical Company are, and always have been, an equal opportunity employer; long before it was required, in fact! In keeping with that proud tradition, we are asking for your participation in a survey, which is designed to assist us in complying with new government regulation.

The form is called: Voluntary Self-Identification of Disability

Why are you being asked to complete this form, you may ask?

Because we do business with the government, we must reach-out to, hire, and provide equal opportunity to all qualified people, which include people with disabilities. To help us measure how well we are doing, The U.S. Department of Labor (DOL) is asking you to tell us if you have a disability or if you have ever had a disability.

Again, completing this form is voluntary. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years.

Please feel free to direct any questions, comments or concerns to your equal opportunity representative: Mr. Jän “Doc” Glock, who will be happy to assist you as always. He can be reached in his office during normal business hours, by telephone at: (910) 483-1421 (office), or by email at: [doc@haireplumbing.com](mailto:doc@haireplumbing.com).

Thank you for your participation in advance.

Sincerely,

Larry H. Haire  
President



MEMO

A todos los empleados,

En Haire Plumaria e Mecánica Compañía somos, y hemos estado siempre, un patrón de la oportunidad igual; ¡mucho antes fue querido, de hecho! En armonía con esa tradición orgullosa, estamos pidiendo su participación en un examen, que se diseña para asistirnos en la conformación con la nueva regulación del gobierno.

Se llama la forma: Uno mismo-Identificación voluntaria de la inhabilidad

¿Por qué le están pidiendo llenar el formulario este, usted puede pedir?

Porque hacemos negocio con el gobierno, debemos alcanzamos-hacia fuera a, empleamos, y proporcionamos oportunidad igual a toda la gente cualificada, que incluyen a gente con inhabilidades. Para ayudarnos a medir como de bien estamos haciendo, Los E.E.U.U. El departamento del trabajo (DOL) está pidiendo que usted nos dijera si usted tiene una inhabilidad o si usted ha tenido siempre una inhabilidad.

Una vez más llenar el formulario este es voluntario. Porque una persona puede inhabilitarse en cualquier momento, nos requieren pedir que todos nuestros empleados pongan al día su información cada cinco años.

Siéntase libre dirigir cualquier pregunta, comenta por favor o las preocupaciones a su representante de la oportunidad igual: Sr. Jän “doc.” Glock, que se placera asistirle como siempre. Él puede ser alcanzado en su oficina durante horas de oficina normales, por el teléfono en: (910) 483-1421 (oficina), o por el email en: [doc@haireplumbing.com](mailto:doc@haireplumbing.com).

Gracias por su participación por adelantado.

Sinceramente,

Larry H. Haire

Presidente

## Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2020  
Page 1 of 2

### Why are you being asked to complete this form?

Because we do business with the government, we must reach out to, hire, and provide equal opportunity to qualified people with disabilities.<sup>1</sup> To help us measure how well we are doing, we are asking you to tell us if you have a disability or if you ever had a disability. Completing this form is voluntary, but we hope that you will choose to fill it out. If you are applying for a job, any answer you give will be kept private and will not be used against you in any way.

If you already work for us, your answer will not be used against you in any way. Because a person may become disabled at any time, we are required to ask all of our employees to update their information every five years. You may voluntarily self-identify as having a disability on this form without fear of any punishment because you did not identify as having a disability earlier.

### How do I know if I have a disability?

You are considered to have a disability if you have a physical or mental impairment or medical condition that substantially limits a major life activity, or if you have a history or record of such an impairment or medical condition.

Disabilities include, but are not limited to:

- Blindness
- Autism
- Bipolar disorder
- Post-traumatic stress disorder (PTSD)
- Deafness
- Cerebral palsy
- Major depression
- Obsessive compulsive disorder
- Cancer
- HIV/AIDS
- Multiple sclerosis (MS)
- Impairments requiring the use of a wheelchair
- Diabetes
- Schizophrenia
- Missing limbs or partially missing limbs
- Intellectual disability (previously called mental retardation)
- Epilepsy
- Muscular dystrophy

Please check one of the boxes below:

- YES, I HAVE A DISABILITY (or previously had a disability)
- NO, I DON'T HAVE A DISABILITY
- I DON'T WISH TO ANSWER

\_\_\_\_\_  
Your Name

\_\_\_\_\_  
Today's Date

## Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305  
OMB Control Number 1250-0005  
Expires 1/31/2020  
Page 2 of 2

### Reasonable Accommodation Notice

Federal law requires employers to provide reasonable accommodation to qualified individuals with disabilities. Please tell us if you require a reasonable accommodation to apply for a job or to perform your job. Examples of reasonable accommodation include making a change to the application process or work procedures, providing documents in an alternate format, using a sign language interpreter, or using specialized equipment.

---

<sup>i</sup> Section 503 of the Rehabilitation Act of 1973, as amended. For more information about this form or the equal employment obligations of Federal contractors, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**PUBLIC BURDEN STATEMENT:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995 no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. This survey should take about 5 minutes to complete.

## Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305  
Numero de Control OMB 1250-0005  
Vence el 31/1/2020  
Página 1 de 2

### ¿Por qué se le está pidiendo que complete este formulario?

Debido a que nosotros hacemos negocios con el gobierno, tenemos que acercarnos, contratar y proporcionar igualdad de oportunidades a personas calificadas con discapacidad.<sup>1</sup> Para ayudarnos a medir que tan bien lo estamos haciendo, le estamos pidiendo que nos diga si usted tiene alguna discapacidad o si alguna vez tuvo alguna discapacidad. Completar este formulario es voluntario, pero esperamos que usted elija hacerlo. Si usted está solicitando un empleo, cualquier respuesta que usted proporcione se mantendrá confidencial y no será utilizada en su contra de ninguna manera.

Si usted ya trabaja para nosotros, su respuesta no será utilizada en su contra de ninguna manera. Debido a que una persona puede convertirse en discapacitada en cualquier momento, estamos obligados a solicitar a todos nuestros empleados que actualicen su información cada cinco años. Usted puede voluntariamente identificar que tiene alguna discapacidad en este formulario sin temor a ningún castigo porque no identificó que tenía alguna discapacidad antes.

### ¿Cómo puedo saber si tengo una discapacidad?

Se considera que usted tiene una discapacidad si usted tiene un impedimento físico o mental o una condición médica que limita sustancialmente alguna actividad importante de la vida, o si usted tiene un historial o registro de tal impedimento, o condición médica.

Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- |           |                      |   |  |
|-----------|----------------------|---|--|
| Ceguera   | • Autismo            | • Trastorno bipolar   | • Trastorno de estrés postraumático (TEPT)                 |
| Sordera   | • Parálisis cerebral | • Depresión aguda   | • Trastorno obsesivo-compulsivo                            |
| Cáncer    | • VIH/SIDA           | • Esclerosis múltiple (EM)                                    | • Deficiencias que requieren el uso de una silla de ruedas |
| Diabetes  | • Esquizofrenia      | • Ausencia de extremidades o Ausencia parcial de extremidades | • Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)  |
| Epilepsia | • Distrofia muscular |   |  |

### **Favor marcar una de las casillas siguientes:**

SÍ, TENGO UNA DISCAPACIDAD (o he tenido una discapacidad)

NO, NO TENGO NINGUNA DISCAPACIDAD

NO DESEO CONTESTAR

\_\_\_\_\_  
Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha del día de Hoy

## Auto-Identificación Voluntaria de Discapacidad

Formulario CC-305  
Numero de Control OMB 1250-0005  
Vence el 31/1/2020  
Página 2 de 2

### Notificación de Ajustes Razonables

La ley federal requiere que los empleadores proporcionen ajustes razonables a personas calificadas con discapacidades. Favor díganos si usted necesita algún ajuste razonable para solicitar un empleo o para desempeñar su trabajo. Ejemplos de ajustes razonables incluyen hacer un cambio en el proceso de aplicación o los procedimientos de trabajo, proporcionar los documentos en un formato alternativo, el uso de un intérprete de lenguaje de signos, o el uso de equipo especializado.

---

<sup>1</sup> Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus modificatorias. Para obtener más información acerca de este formulario o sobre las obligaciones de igualdad en el empleo de contratistas federales, visite la página web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los EE.UU. [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp).

**DECLARACIÓN PÚBLICA OBLIGATORIA:** De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que la misma muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debe tomar alrededor de 5 minutos para ser completada.