

Voluntary Self-Identification of Disability

Form CC-305
Page 1 of 1

OMB Control Number 1250-0005
Expires 04/30/2026

Name:
Employee ID:

Date:

(if applicable)

Why are you being asked to complete this form?

We are a federal contractor or subcontractor. The law requires us to provide equal employment opportunity to qualified people with disabilities. We have a goal of having at least 7% of our workers as people with disabilities. The law says we must measure our progress towards this goal. To do this, we must ask applicants and employees if they have a disability or have ever had one. People can become disabled, so we need to ask this question at least every five years.

Completing this form is voluntary, and we hope that you will choose to do so. Your answer is confidential. No one who makes hiring decisions will see it. Your decision to complete the form and your answer will not harm you in any way. If you want to learn more about the law or this form, visit the U.S. Department of Labor's Office of Federal Contract Compliance Programs (OFCCP) website at www.dol.gov/ofccp.

How do you know if you have a disability?

A disability is a condition that substantially limits one or more of your "major life activities." If you have or have ever had such a condition, you are a person with a disability. **Disabilities include, but are not limited to:**

- Alcohol or other substance use disorder (not currently using drugs illegally)
- Autoimmune disorder, for example, lupus, fibromyalgia, rheumatoid arthritis, HIV/AIDS
- Blind or low vision
- Cancer (past or present)
- Cardiovascular or heart disease
- Celiac disease
- Cerebral palsy
- Deaf or serious difficulty hearing
- Diabetes
- Disfigurement, for example, disfigurement caused by burns, wounds, accidents, or congenital disorders
- Epilepsy or other seizure disorder
- Gastrointestinal disorders, for example, Crohn's Disease, irritable bowel syndrome
- Intellectual or developmental disability
- Mental health conditions, for example, depression, bipolar disorder, anxiety disorder, schizophrenia, PTSD
- Missing limbs or partially missing limbs
- Mobility impairment, benefiting from the use of a wheelchair, scooter, walker, leg brace(s) and/or other supports
- Nervous system condition, for example, migraine headaches, Parkinson's disease, multiple sclerosis (MS)
- Neurodivergence, for example, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder, dyslexia, dyspraxia, other learning disabilities
- Partial or complete paralysis (any cause)
- Pulmonary or respiratory conditions, for example, tuberculosis, asthma, emphysema
- Short stature (dwarfism)
- Traumatic brain injury

Please check one of the boxes below:

- Yes, I have a disability, or have had one in the past
No, I do not have a disability and have not had one in the past
I do not want to answer

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.

For Employer Use Only

Employers may modify this section of the form as needed for recordkeeping purposes.

For example:

Job Title:

Date of Hire:

Declaración voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305
Página 1 de 1

Número de Control OMB 1250-0005
Expira el 30/04/2026

Nombre: _____
Identificación del empleado: _____
(si procede)

Fecha: _____

¿Por qué se le pide que rellene este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal. La ley nos obliga a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas con discapacidad cualificadas. Nuestro objetivo es que al menos el 7% de nuestros trabajadores sean personas con discapacidad. La ley dice que debemos medir nuestro progreso hacia este objetivo. Para ello, debemos preguntar a los solicitantes y a los empleados si tienen o han tenido alguna discapacidad. Las personas pueden convertirse en discapacitadas, por lo que debemos hacer esta pregunta al menos cada cinco años.

Rellenar este formulario es voluntario y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta es confidencial. Nadie que tome decisiones de contratación la verá. Su decisión de rellenar el formulario y su respuesta no le perjudicarán en modo alguno. Si desea obtener más información sobre la ley o este formulario, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo saber si tiene una discapacidad?

Una discapacidad es una condición que limita sustancialmente una o más de sus "actividades vitales principales". Si tiene o ha tenido alguna vez una afección de este tipo, usted es una persona con discapacidad. **Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:**

- Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias (sin consumir drogas ilegalmente en la actualidad)
- Trastorno autoinmune, por ejemplo, lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, VIH/sida
- Ceguera o problemas de visión
- Cáncer (pasado o presente)
- Enfermedad cardiovascular o del corazón
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o dificultades auditivas graves
- Diabetes
- Desfiguración, por ejemplo, desfiguración causada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos
- Epilepsia u otro trastorno convulsivo
- Trastornos gastrointestinales, por ejemplo, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual o del desarrollo
- Enfermedades mentales, por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático
- Ausencia total o parcial de miembros
- Problemas de movilidad que requieran el uso de una silla de ruedas, un escúter, un andador, una pierna ortopédica u otros dispositivos de apoyo
- Afección del sistema nervioso, por ejemplo, migrañas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (EM)
- Neurodivergencia, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, dislexia, dispraxia u otras dificultades de aprendizaje
- Parálisis parcial o total (por cualquier causa)
- Afecciones pulmonares o respiratorias, por ejemplo, tuberculosis, asma, enfisema
- Baja estatura (enanismo)
- Lesión cerebral traumática

Marque una de las casillas siguientes:

- ☐ Sí, tengo una discapacidad o la he tenido en el pasado
- ☐ No, no tengo ninguna discapacidad ni la he tenido en el pasado
- ☐ No quiero contestar

DECLARACIÓN PÚBLICA DE CARGA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería completarse en unos 5 minutos.

Para Uso Exclusivo del Empleado

Los empleadores pueden modificar esta sección del formulario según sea necesario a efectos de mantenimiento de registros.

Por ejemplo:

Título del puesto: _____ Fecha de contratación: _____