

このフォームに記入をお願いする理由

私たちは政府機関として、能力のある身体障害者の方々に均等な雇用機会を提供すべきだと考えています。この申告は施策状況確認の意味も含めて、あなたが現在身体障害をお持ちであるか、また過去に身体障害をお持ちであったかどうかをお伺いするためのものです。フォームへのご記入は任意ですが、できる限りのご協力をお願いします。求人応募の際、ここでの回答は秘密情報として扱われ、回答内容が不利な条件としてはたらくことは一切ありません。

すでにお仕事をされている方の場合も、回答内容によって不利な処遇を受けることはありません。身体障害はいつ誰にでも起こりうる可能性があるため、全従業員は5年毎に個人情報を更新することが義務づけられています。身体障害は予知できません。ぜひこの機会に勇気をもって、身体障害をお持ちであるということを私たちに知らせてください。

身体障害があると判断される場合

身体障害とは、あなたが現在 身体的・精神的障害をお持ちである、日常生活が大きく制限されてしまう程度の精神状態にある、または過去にそのような障害・精神状態に陥ったことがあったという状態を指します。

身体障害として考慮される一例:

- 失明
- 聴覚障害
- がん
- 糖尿病
- 認知症
- 自閉症
- 脳性まひ
- ヒト免疫不全ウイルス感染症/エイズ
- 統合失調症
- 筋ジストロフィー
- 双極性障害
- うつ病
- 多発性硬化症
- 手足の全切除または部分切除
- 心的外傷後ストレス障害
- 強迫性障害
- 車椅子の使用をともなう障害
- 知的障害（以前は「精神遅滞」と呼称）

以下のうちひとつをチェックしてください:

- はい、身体障害があります（または以前にあった）
- いいえ、身体障害はありません
- 答えたくありません

ご氏名

記入日

合理的配慮に関する通知

連邦法では、雇用者は能力のある身体障害者の方々に対して合理的配慮を行うよう規定を定めています。もしあなたが求人に応募する、または仕事をするにあたって合理的配慮が必要である場合はお知らせください。合理的配慮の一例としては、選考プロセスや仕事の手順の変更、文書作成・配布時の配慮、手話通訳の利用、特別な機器の使用などがあります。

ⁱ 1973年に改正されたリハビリテーション法第503条の規定に基づきます。このフォームおよび連邦委託業者の均等雇用義務に関する詳細は、連邦契約遵守計画局のウェブサイトをご参照ください。 www.dol.gov/ofccp.

国民の負担に関する注意: 1995年の文書事務削減法により、有効な管理番号の表示がない情報収集には応じる義務がないとされています。この調査は5分ほどで完了します。