

### 台端受邀填表的原因

由於我們會與政府交涉業務相關事宜，因此我們必須雇用與提供合格身障人士平等的就業機會。<sup>1</sup>為了協助本公司衡量目前辦理的情況，若您為身障人士或您曾為身障人士，請您告訴我們。填表屬自願行為，但我們誠摯希望您選擇填寫。若您正在物色工作，您所寫下的答案都會加以保密，且不以任何方式作出不利於您的舉動。

若您已為本公司員工，您所寫下的答案不會以任何方式對你作出不利的舉動。因為任何人都有可能成為身障人士，我們只須請全體員工每五年更新這方面資料。您可以在此表格上自願表明自己是身障人士，無須害怕會有任何懲罰，因為您之前未曾告知自己是身障人士的事實。

### 我該如何得知自己是身障人士？

若您有身體或心理方面的受損或可能限制主要日常活動的醫療狀況，或者您會有相似受損或醫療狀況，即視同為身障人士。

身障情況包括但不限於：

- 全盲
- 耳聾
- 癌症
- 糖尿病
- 精神分裂症
- 自閉症
- 腦癱
- 愛滋病毒/愛滋病
- 癲癇
- 肌理不全
- 躁鬱症
- 抑鬱症
- 多發性硬化症
- 肢體殘缺或部分殘缺
- 創傷後應激障礙
- 強迫症
- 需要輪椅的肢體殘缺
- 智障（以前稱為智力低下）

請勾選以下其中 1 個選項:

- 是，我是身障人士（或之前曾經是身障人士）
- 不，我不是身障人士
- 我不想回答

\_\_\_\_\_

台端姓名

\_\_\_\_\_

今天日期

### 合理的住宿通知

聯邦法要求員工提供合格身障人士合理的住宿。若您找工作或執行勤務期間需要住宿，請告訴我們。合理的住宿例子包括變更申辦流程或工作程序，提供其他格式的文件，使用手語翻譯人員或特殊設備。

---

<sup>i</sup> 依循 1973 年復健法第 503 條（修訂版）規定。有關本表更多資訊或聯邦承包商公平就業義務細節，請造訪美國聯邦契約遵守計畫勞工部官網，網址 [www.dol.gov/ofccp](http://www.dol.gov/ofccp)。

公共負擔聲明：根據 1995 年的書面作業簡化法，毋須回應全系列資訊，除非此系列顯示有效的預算管理處管控編號。本問卷應只花費您 5 分鐘時間。