

إشعار بالمخاطر المزعومة المتعلقة بالسلامة أو الصحة

يمكن أن يستخدم الموظفون أو من ينوب عنهم هذا النموذج لتقديم شكوى ذات صلة بمخاطر تتعلق بالسلامة أو الصحة لدى وزارة العمل في ولاية نيويورك. ولست هذه هي الطريقة الوحيدة التي يمكن أن يتم من خلالها تسجيل شكوى.

تنص الفقرة (a) (5) 27a من قانون سلامة الموظفين العموميين وصحتهم لعام 1980 على ما يلي:

"يجوز لأي موظف أو من ينوب عن الموظفين، الذي يعتقد بوجود انتهاك لمعايير السلامة والصحة أو وجود خطر وشيك، طلب إجراء معايينة من خلال تقديم إشعار إلى المُفوض (من وزارة العمل) بهذا الانتهاك أو الخطر.

يجب أن يكون هذا الإشعار كتابياً، ويجب أن يوضح بتفصيل معقول أسباب الإشعار، ويجب أن يتم التوقيع عليه من قبل الموظف أو من ينوب عن الموظفين، ويجب أن يتم تقديم نسخة منه من قبل المُفوض إلى الموظف أو الشخص المسؤول في مدة لا تتجاوز تاريخ المعايينة، باستثناء أنه بناءً على طلب الشخص الذي يقدم هذا الإشعار، سيتم حجب اسمه وأسماء الموظفين الأفراد أو ممثلي الموظفين. ويجب أن يتم إجراء عمليات المعايينة هذه على الفور".

وإذا قرر مُفوض وزارة العمل انه ليست هناك أي أسباب معقولة للاعتقاد بوجود انتهاك أو خطر، فسيتم إخطارك بشكلٍ كتابي.

ملاحظة: توفر الفقرة (a) (10) 27a من القانون حماية صريحة للموظفين الذين يمارسون حقوقهم، والتي تشمل تقديم شكوى تتعلق بالصحة والسلامة.

للحصول على مزيد من المعلومات، تفضّل زيارة: https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm

التعليمات:

- أكمل النموذج بأكبر قدر من الدقة والكمال. قم بوصف كل خطر تعتقد بوجوده بالتفصيل.
- إذا كان هناك أي دليل يدعم شكك بوجود خطر قائم، فقم بتضمينها في الوصف (على سبيل المثال، حادثة حدثت مؤخراً أو أعراض جسدية تظهر على الموظفين في الموقع).
- استخدم أوراقاً إضافية حسب الحاجة.
- أرسل النموذج المكتمل والموقع إلى البريد الإلكتروني ask.shnypesh@labor.ny.gov، أو أرسله عبر الفاكس أو البريد إلى أقرب فرع من مكاتب المناطق التابعة لشعبة الصحة والسلامة (DOSH) الواردة أدناه. وعليك توجيهه إلى عناية:

Public Employee Safety and Health Bureau (PESH)

Albany District Office
1220 Washington Ave.
Building 12, Room 158
Albany, NY 12226
Phone: (518) 457-5508
Fax: (518) 485-1150

Garden City District Office
400 Oak Street, Suite 102
Garden City, New York 11530-6551
Phone: (516) 228-3970
Fax: (516) 794-7714

Syracuse District Office
450 South Salina Street, Room 202
Syracuse, New York 13202
Phone: (315) 479-3212
Fax: (315) 479-3451

Binghamton District Office
44 Hawley Street, Room 901
Binghamton, New York 13901
Phone: (607) 721-8211
Fax: (607) 721-8207

New York City District Office
PO Box 15047
Albany NY, 12212
Phone: (212) 775-3554
Fax: (212) 775-3542

Utica District Office
207 Genesee Street, Room 703A
Utica, New York 13501
Phone: (315) 793-2258
Fax: (315) 793-2303

Buffalo District Office
65 Court Street, Room 401
Buffalo, New York 14202
Phone: (716) 847-7133
Fax: (716) 847-7108

Rochester District Office
109 South Union Street, Room 402
Rochester, New York 14607
Phone: (585) 258-4570
Fax: (585) 258-4593

White Plains District Office
120 Bloomingdale Road, Room 255
White Plains, New York 10605
Phone: (914) 997-9514
Fax: (914) 997-9528

إشعار بالمخاطر المزعومة المتعلقة بالسلامة أو الصحة

اسم المؤسسة: _____

عنوان الموقع: الشارع _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هاتف الموقع: (_____) - _____ فاكس الموقع: (_____) - _____

عنوان المراسلات البريدية: الشارع _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

هاتف البريد: (_____) - _____ فاكس البريد: (_____) - _____

المسؤول الإداري: _____ الهاتف: (_____) - _____

نوع النشاط التجاري: _____

وصف الخطر ومكانه: قم بوصف الخطر (الأخطار) الذي تعتقد بوجوده. كن مُحدِّدًا واذكر التفاصيل. اذكر المكان الفعلي للخطر المزعوم. أدخل الشارع، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي الخ اص بالموقع، والمنطقة المُحدَّدة داخل الموقع أو خارجه، وعدد الموظفين التقريبي المُعرَّضين أو المهْدِّدين بواسطة كل خطر. استخدم أوراقاً إضافية عند الحاجة.

تم لفت انتباه الجهة التالية إلى هذه الحالة: صاحب العمل وكالة حكومية، بخلاف وزارة العمل. اسم الوكالة: _____

اسم مُقدِّم الشكوى (مطلوب): _____

اختر واحداً مما يلي: يُحظر الكشف عن اسم مُقدِّم الشكوى إلى صاحب العمل.

يمكن الكشف عن اسم مُقدِّم الشكوى إلى صاحب العمل.

عنوان المنزل الخاص بمُقدِّم الشكوى (مطلوب): الشارع: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

الهاتف (مطلوب): (_____) - _____ البريد الإلكتروني: _____

أعتقد أنا، مُقَدِّم الشكوى القائم بالتوقيع أدناه، بوجود خطر (مخاطر) تتعلق بالسلامة الوظيفية أو الصحة في المؤسسة المذكور اسمها في هذا النموذج. أنا،
(حَدِّد واحدًا):

موظف

ممثل الموظفين (نقابة العمال). يُرجى إدخال اسم النقابة أو المنظمة التي تمثلها: _____

المسمى الوظيفي الخاص بك: _____

عضو لجنة الصحة والسلامة

غير ذلك، يُرجى التحديد: _____

التوقيع (مطلوب): _____ التاريخ: ____ / ____ / ____