

Κοινοποίηση κατά ισχυρισμό κινδύνων για την ασφάλεια ή την υγεία

Οι εργαζόμενοι ή οι εκπρόσωποι των εργαζομένων μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτό το έντυπο για να υποβάλουν καταγγελία σχετικά με κίνδυνο ασφάλειας ή υγείας προς το Υπουργείο Εργασίας της Πολιτείας της Νέας Υόρκης. Δεν αποτελεί το μόνο μέσο με το οποίο μπορεί να υποβληθεί μια καταγγελία.

Σύμφωνα με το άρθρο 27a (5) (a) του Νόμου περί ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων του δημοσίου του 1980:

«Κάθε υπάλληλος ή εκπρόσωπος εργαζομένων που πιστεύει ότι υπάρχει παραβίαση ενός προτύπου ασφάλειας ή υγείας ή ότι υπάρχει άμεσος κίνδυνος, μπορεί να ζητήσει επιθεώρηση ειδοποιώντας τον επίτροπο (Εργασίας) σχετικά με την εν λόγω παραβίαση ή τον κίνδυνο.

Η εν λόγω ειδοποίηση και το αίτημα θα είναι εγγράφως, θα εκθέτει με εύλογη λεπτομέρεια τους λόγους για την ειδοποίηση, **θα υπογράφεται από τον εν λόγω υπάλληλο ή εκπρόσωπο των εργαζομένων** και θα παρέχεται αντίγραφο από τον επίτροπο προς τον εργοδότη ή τον υπεύθυνο το αργότερο κατά τη στιγμή της επιθεώρησης, εκτός εάν το άτομο που πραγματοποιεί την εν λόγω ειδοποίηση αιτηθεί την απόκρυψη του ονόματός του και των ονομάτων μεμονωμένων εργαζομένων ή εκπροσώπων των εργαζομένων. Οι επιθεωρήσεις αυτές θα γίνονται αμέσως.»

Εάν ο Επίτροπος Εργασίας κρίνει ότι δεν υπάρχουν βάσιμοι λόγοι να πιστεύει ότι υπάρχει παραβίαση ή κίνδυνος, θα ειδοποιηθείτε γραπτώς.

Σημείωση: Το άρθρο 27a (10) (α) του νόμου παρέχει ρητή προστασία στους εργαζόμενους που ασκούν τα δικαιώματά τους, συμπεριλαμβανομένης της υποβολής καταγγελιών ασφάλειας και υγείας.

Για περισσότερες πληροφορίες, επισκεφτείτε την ιστοσελίδα:

https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm.

Οδηγίες:

- Συμπληρώστε το έντυπο με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια και πληρότητα. Περιγράψτε λεπτομερώς κάθε κίνδυνο που πιστεύετε ότι υπάρχει.
- Εάν υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν την υποψία σας ότι υπάρχει κίνδυνος, συμπεριλάβετε τα στην περιγραφή σας (για παράδειγμα, πρόσφατο ατύχημα ή σωματικά συμπτώματα εργαζομένων στο χώρο εργασίας σας).
- Χρησιμοποιήστε πρόσθετα φύλλα χαρτιού αν χρειαστεί.
- Στείλτε ηλεκτρονικά το συμπληρωμένο και υπογεγραμμένο έντυπο στο ask.shnypesh@labor.ny.gov ή στείλτε το με fax ή ταχυδρομικά στο πλησιέστερο περιφερειακό γραφείο του τμήματος ασφάλειας και υγείας (DOSH) που αναφέρεται παρακάτω. Να το αποστείλετε υπόψη του:

Γραφείου Ασφάλειας και Υγείας των Δημοσίων Υπαλλήλων (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

Εγώ, ο υπογράφων / η υπογράφουσα καταγγέλλων / καταγγέλουσα, πιστεύω ότι υπάρχει(-ουν) κίνδυνος(-οι) για την εργασιακή ασφάλεια ή υγεία στην επιχείρηση που αναφέρεται σε αυτό το έντυπο.

Είμαι, (επιλέξτε μία ιδιότητα):

εργαζόμενος(-η)

εκπρόσωπος (ένωσης) εργαζομένων. Παρακαλούμε εισάγετε το όνομα της ένωσης ή της οργάνωσης που εκπροσωπείτε: _____

Ο τίτλος σας: _____

μέλος επιτροπής για την ασφάλεια και την υγεία

Άλλο, προσδιορίστε: _____

Υπογραφή (απαιτείται):

Ημερομηνία: ____ / ____ / ____