

Avis sur les dangers présumés pour la sécurité ou la santé

Les employés ou les représentants des employés peuvent utiliser ce formulaire pour déposer une plainte concernant un danger pour la sécurité ou la santé auprès du ministère du travail de l'État de New York. Ce n'est pas le seul moyen d'enregistrer une plainte.

Section 27a (5) (a) of the Employés Du Secteur Public SÉCURITÉ ET SANTÉ Act of 1980 states:

«Tout employé ou représentant des employés qui estime qu'il existe une violation d'une norme de sécurité ou de santé ou un danger imminent peut demander une inspection en informant le commissaire (du travail) de cette violation ou de ce danger.

Cet avis et cette demande doivent être faits par écrit, exposer avec une précision raisonnable les motifs de l'avis, **être signés par l'employé ou le représentant des employés**, et une copie doit être fournie par le commissaire à l'employeur ou à la personne responsable au plus tard au moment de l'inspection, à l'exception du fait que, sur demande de la personne donnant cet avis son nom et les noms des employés individuels ou des représentants des employés ne doivent pas être divulgués. Ces inspections sont effectuées sans délai.»

Si le commissaire du travail détermine qu'il n'y a pas de motifs raisonnables de croire qu'il existe une violation ou un danger, vous en serez informé par écrit.

Remarque : L'article 27a (10) (a) de la loi prévoit une protection explicite pour les employés qui exercent leurs droits, notamment en déposant des plaintes relatives à la sécurité et à la santé.

Pour plus d'informations Allez sur https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm.

Instructions :

- Remplissez le formulaire de la manière la plus précise et la plus complète possible. Décrivez en détail chaque danger que vous pensez exister.
- S'il existe des preuves qui confirment vos soupçons quant à l'existence d'un danger, incluez-les dans votre description (par exemple, un accident récent ou des symptômes physiques chez les employés de votre site).
- Utilisez des feuilles supplémentaires si nécessaire.
- Envoyez le formulaire complété et signé par e-mail à ask.shnypesh@labor.ny.gov, ou par fax ou par courrier au bureau de district de la division de la sécurité et de la santé (DOSH) le plus proche, dont la liste figure ci-dessous. Adressez-la à l'attention de :

Employé public Bureau de la santé et de la sécurité (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

Avis sur les dangers présumés pour la sécurité ou la santé

Nom de l'établissement : _____

Site Adresse : Rue _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Site Téléphone : (____) _____ - _____ Fax du site : (____) _____ - _____

Adresse postale : Rue _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Mail Téléphone : (____) _____ - _____ Fax postal : (____) _____ - _____

Responsable de la gestion : _____ Téléphone : (____) _____ - _____

Type de société : _____

Hazard DESCRIPTION and LIEU : Décrivez le(s) danger(s) qui selon vous, existent. Soyez précis et donnez des détails. Indiquez l'emplacement physique du danger présumé. Indiquez la rue, la ville, l'État, le code postal du lieu, la zone spécifique à l'intérieur ou à l'extérieur du site et le nombre approximatif d'employés exposés ou menacés par chaque danger. Utiliser des feuilles supplémentaires si nécessaire.

Cette situation a été portée à l'attention de : l'employeur une agence gouvernementale autre que le ministère du travail. Agence nom : _____

Nom du/de la plaignant(e) (obligatoire) :

Choisissez une réponse : Ne PAS révéler le nom du/de la plaignant(e) à l'employeur.

Le nom du/de la plaignant(e) peut être révélé à l'employeur.

Adresse du domicile du/de la plaignant(e) (obligatoire) : Rue

Ville : État : Code postal :

Téléphone (obligatoire) : () - E-mail : _____

Je, le/la plaignant(e) dont le nom figure ci-dessous, estime qu'il existe des dangers pour la santé et la sécurité au travail dans l'établissement mentionné dans le présent formulaire. I am, (cochez une case) :

un(e) employé(e)

un(e) représentant(e) des employés (syndicat). Veuillez inscrire le nom du syndicat ou de l'organisation que vous représentez : _____

Your module : _____

un membre du comité de sécurité et de santé

Autre, précisez : _____

Signature (Required) :

Date : ____ / ____ / ____