

안전 또는 건강 위험 혐의에 대한 통지

직원 또는 직원 대표는 이 양식을 사용하여 뉴욕주 노동부에 안전 또는 건강 위험 불만을 제기할 수 있습니다. 이 방법은 불만을 등록할 수 있는 유일한 수단은 아닙니다.

1980 년에 제정된 공무원 안전 및보건법 27a (5)(a) 항에는 다음과 같이 명시되어 있습니다.

“안전 또는 보건 기준을 위반했거나 위험이 임박했다고 생각하는 직원 또는 직원의 대리인은 해당 위반 행위 또는 위험 사항을 노동감독위원회에게 통지하여 검사를 요청할 수 있습니다.

이러한 통지 및 요청은 서면으로 이루어져야 하고, 통지 사유를 합리적이고 구체적으로 명시해야 하며, 해당 직원 또는 직원의 대리인이 서명해야 하며, 위원은 늦어도 검사 시간까지 고용주 또는 담당자에게 사본을 제공해야 합니다. 단, 해당 통지를 제공하는 사람이 요청할 경우 그의 이름과 개별 직원 또는 직원 대리인의 이름을 공개하지 않아야 합니다. 이러한 검사는 즉시 이루어져야 합니다.”

노동감독위원회가 위반 행위나 위험 사항이 있다고 믿을 만한 합리적인 근거가 없다고 판단하는 경우 귀하에게 서면으로 통보합니다.

참고: 법 27a(10)(a)조는 안전 및 건강에 대한 불만 제기를 포함하여 자신의 권리를 행사하는 직원에 대한 명시적인 보호 조치를 제공합니다.

자세한 정보는 https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm 을 참조하십시오.

지침:

- 양식을 최대한 정확하고 완전하게 작성하십시오. 존재한다고 생각되는 각 위험 요소를 자세히 설명하십시오.
- 위험이 존재한다는 의심을 뒷받침하는 증거가 있는 경우 해당 증거를 설명에 포함하십시오(예: 최근에 발생한 사고 또는 현장 직원의 신체 증상).
- 필요에 따라 추가 용지를 사용하십시오.
- 작성하고 서명한 양식을 ask.shnypesh@labor.ny.gov 에 이메일로 보내거나 아래에 나열된 가장 가까운 Division of Safety and Health (안전보건국, DOSH) 지역 사무소에 팩스 또는 우편으로 보내주십시오. 해당양식을 보내실 주소는 다음과 같습니다.

공무원안전보건국 (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

안전 또는 건강 위험 혐의에 대한 통지

기관 이름: _____

현장 주소: 거리 _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

Site 전화: (____) ____ - ____ 현장 팩스: (____) ____ - ____

우편 주소: 거리 _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

우편 전화: (____) ____ - ____ 우편 팩스: (____) ____ - ____

경영관계자: _____ 전화: (____) ____ - ____

비즈니스업종: _____

위험 설명 및 위치: 존재한다고 생각되는 위험을 설명하십시오. 구체적으로 설명하고 세부정보를 제공하십시오. 위험 사항이 의심되는 장소의 물리적 위치를 기재하십시오. 해당 위치의 거리, 시, 주, 우편번호, 현장 내부 또는 외부의 특정 지역, 각 위험에 노출되거나 위험을 받는 대략적인 직원 수를 기재하십시오. 필요하다면 별도의 용지를 사용하십시오.

이 조건을 알린 사람: 고용주 Department of Labor(노동부) 이외의 정부 기관.

기관 이름: _____

불만 제기자의 이름(필수사항):

한항목 선택: 불만 제기자의 이름을 고용주에게 공개하지 마십시오.

불만 제기자의 이름을 고용주에게 공개할 수 있습니다.

불만 제기자의 집 주소(필수 사항): 거리

시: 주: 우편번호:

전화(필수 사항): (____) ____ - ____ 이메일: _____

본인은 아래에 서명한 불만 제기자로, 본 양식에 명시된 시설에 직업 안전 또는 건강 위험 요소가 있다고 생각합니다. 본인은 다음과 같습니다(한 항목 선택).

직원

직원(노동조합)의 대리인. 귀하가 대리하는 노동조합이나 조직의 이름을 기재하십시오.

귀하의 직책: _____

안전보건위원회 위원

기타(구체적으로 명시): _____

서명(필수사항): 날짜: ____ / ____ / ____