

## Powiadomienie o domniemanych zagrożeniach dla bezpieczeństwa lub zdrowia

Pracownicy lub przedstawiciele pracowników mogą skorzystać z tego formularza, aby złożyć w Departamencie Pracy Stanu Nowy Jork skargę dotyczącą naruszeń BHP. Skargę można złożyć także w inny sposób.

Sekcja 27a (5) (a) Ustawy o bezpieczeństwie i higienie pracy pracowników publicznych z 1980 roku stanowi:

„Każdy pracownik lub przedstawiciel pracowników, który uważa, iż doszło do naruszenia norm bezpieczeństwa i higieny pracy lub występuje bezpośrednie zagrożenie, może złożyć wniosek o inspekcję, powiadamiając o takim naruszeniu lub zagrożeniu Komisarza (Pracy).

**Takie powiadomienie i wniosek muszą mieć formę pisemną**, zawierać szczegółowe powody takiego powiadomienia, **być opatrzone podpisem takiego pracownika lub przedstawiciela pracowników**, a Komisarz musi przekazać pracodawcy lub osobie odpowiedzialnej egzemplarz dokumentu nie później niż w momencie inspekcji, chyba że na wniosek osoby dokonującej takiego powiadomienia jej nazwisko oraz nazwiska poszczególnych pracowników lub przedstawicieli pracowników mają być utajnione. Takie inspekcje muszą być przeprowadzone niezwłocznie”.

Jeżeli Komisarz Pracy uzna, iż nie ma zasadnych powodów, aby wierzyć, iż takie naruszenie lub zagrożenie występuje, przekaże stosowne powiadomienie na piśmie.

**Uwaga:** Sekcja 27a (10) (a) Ustawy zapewnia pracownikom korzystającym ze swoich praw wyraźną ochronę, w tym prawo do zgłaszania skarg dotyczących naruszeń BHP.

Więcej informacji znajduje się na stronie:

[https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH\\_PESH.shtm](https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm).

### Instrukcje:

- Prosimy o możliwie dokładne i szczegółowe wypełnienie formularza. Należy szczegółowo opisać każde domniemane zagrożenie.
- W przypadku dysponowania dowodami potwierdzającymi podejrzenie zagrożenia, należy je uwzględnić w opisie (przykładowo niedawny wypadek lub fizyczne dolegliwości pracowników wykonujących zadania w danym miejscu).
- W razie potrzeby można użyć dodatkowych kartek.
- Wypełniony i podpisany formularz należy przesłać pocztą elektroniczną na adres [ask.shnypesh@labor.ny.gov](mailto:ask.shnypesh@labor.ny.gov) lub faksem bądź drogą pocztową do najbliższego biura okręgu Wydziału ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy wymienionego poniżej. Korespondencję należy przesłać do wiadomości na następujący adres:

## 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

### **Binghamton District Office**

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

### **Buffalo District Office**

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

### **Garden City District Office**

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

### **New York City District Office**

PO Box 15047  
Albany NY, 12212  
Phone: (212) 775-3554  
Fax: (212) 775-3542

### **Rochester District Office**

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

### **Syracuse District Office**

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

### **Utica District Office**

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

### **White Plains District Office**

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

## Powiadomienie o domniemanych zagrożeniach dla bezpieczeństwa lub zdrowia

**Nazwa firmy:** \_\_\_\_\_

**Adres miejsca:** Ulica \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Numer telefonu miejsca: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Faks miejsca: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Adres korespondencyjny:** Ulica \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Poczta - telefon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta - faks: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Urzędnik administracyjny:** \_\_\_\_\_ Telefon: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Rodzaj firmy:** \_\_\_\_\_

**Opis zagrożenia i jego lokalizacja:** Proszę opisać domniemane zagrożenie/zagrożenia. Należy podać jak najwięcej szczegółów. Proszę podać fizyczną lokalizację domniemanego zagrożenia. Trzeba określić ulicę, miasto, stan, kod pocztowy danej lokalizacji, określony obszar na terenie danego miejsca lub poza nim oraz szacunkową liczbę pracowników narażonych na takie zagrożenie lub będących w jego zasięgu. W razie potrzeby proszę użyć dodatkowych arkuszy.

**Sprawa została zgłoszona do:** pracodawcy    agencji rządowej innej niż Departament Pracy.

Nazwa agencji: \_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko osoby składającej skargę** (wymagane): \_\_\_\_\_

**Wybrać jedną opcję:**    NIE ujawniać imienia i nazwiska osoby składającej skargę pracodawcy.

Można ujawnić imię i nazwisko osoby składającej skargę pracodawcy.

**Adres zamieszkania osoby składającej skargę** (wymagane): Ulica: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Telefon (wymagane): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Ja, niżej podpisana osoba składająca skargę, uważam, że w wymienionym w tym formularzu miejscu/siedzibie firmy występuje/występują zagrożenie/zagrożenia dla bezpieczeństwa lub zdrowia.**

**Jestem,** (zaznaczyć jedną opcję):

pracownikiem

przedstawicielem (związku zawodowego) pracowników Proszę podać nazwę reprezentowanego przez siebie związku lub organizacji: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Członek Komitetu ds. BHP

Inne (określić): \_\_\_\_\_

**Podpis** (wymagane):

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_