

## Уведомление о предполагаемых угрозах безопасности или здоровью

Работники или представители работников могут использовать эту форму для подачи жалобы на угрозу безопасности или здоровью в Департамент труда штата Нью-Йорк. Это не единственный способ регистрации жалобы.

Раздел 27а (5) (а) Закона о безопасности и здоровье государственных служащих от 1980 года гласит:

"Любой работник или представитель работников, который считает, что существует нарушение стандартов безопасности или здоровья, или что существует неминуемая опасность, может потребовать проведения инспекции, уведомив комиссара (труда) о таком нарушении или опасности.

**Такое уведомление и запрос должны быть составлены в письменной форме**, с разумной точностью излагать основания для уведомления, **должны быть подписаны этим работником или представителем работников**, и копия должна быть предоставлена комиссаром работодателю или ответственному лицу не позднее времени проведения проверки, за исключением того, что по просьбе лица, дающего такое уведомление, его имя и имена отдельных работников или представителей работников должны быть скрыты. Такие проверки должны проводиться незамедлительно".

Если Комиссар труда решит, что нет разумных оснований полагать, что нарушение или опасность существуют, вам будет направлено письменное уведомление.

**Примечание:** Раздел 27а (10) (а) Закона обеспечивает четкую защиту работников, осуществляющих свои права, в том числе подающих жалобы на безопасность и здоровье.

Дополнительная информация доступна на сайте:

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

### Инструкции:

- Заполните форму как можно точнее и подробнее. Подробно опишите каждую опасность, которая, по вашему мнению, существует.
- Если есть какие-либо доказательства, подтверждающие ваши подозрения о существовании опасности, приведите их в своем описании (например, недавний несчастный случай или физические симптомы сотрудников на вашем предприятии).
- При необходимости используйте дополнительные листы бумаги.
- Отправьте заполненную и подписанную форму по электронной почте на адрес [ask.shnypesh@labor.ny.gov](mailto:ask.shnypesh@labor.ny.gov) или факс по почте в ближайший районный офис Отдела безопасности и охраны труда (Division of Safety and Health, DOSH), указанный ниже. Адресуйте его на имя:

**Бюро безопасности и здоровья государственных служащих  
(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

**Уведомление о предполагаемых угрозах безопасности или здоровью**

Название учреждения: \_\_\_\_\_

Адрес объекта: Улица \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон объекта: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Факс объекта: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Почтовый адрес: Улица \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Почтовый телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Факс: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Должностное лицо управления: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Вид бизнеса: \_\_\_\_\_

**Описание и локализация опасности:** Опишите опасность (опасности), которая, по вашему мнению, существует. Выражайтесь конкретно и подробно. Укажите физическое местоположение предполагаемой опасности. Укажите улицу, город, штат, почтовый индекс, конкретную территорию внутри или за пределами объекта, а также приблизительное количество сотрудников, подвергающихся или находящихся под угрозой каждой опасности. При необходимости используйте дополнительные листы.

**Это условие было доведено до сведения:** работодателя правительственного ведомства, за исключением Департамента труда. Название ведомства: \_\_\_\_\_

Полное имя истца (обязательно): \_\_\_\_\_

**Выберите один пункт:** НЕ сообщайте имя истца работодателю.

Имя истца может быть раскрыто работодателю.

Домашний адрес заявителя (обязательно): Улица: \_\_\_\_\_

Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

Телефон (обязательно): (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Электронная почта: \_\_\_\_\_

**Я, истец, подписавшийся ниже, считаю, что в учреждении, указанном в этой анкете, существует угроза безопасности труда или здоровья. Я являюсь** (отметьте один пункт):

Сотрудником

Представителем сотрудника (профсоюза). Пожалуйста, укажите название профсоюза или организации, которую вы представляете: \_\_\_\_\_

Ваша должность: \_\_\_\_\_

Член комитета по технике безопасности и охране труда

Другое (указать): \_\_\_\_\_

**Подпись (обязательно):**  **Дата:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_