

Aviso de presuntos peligros de salud o seguridad

Los empleados o los representantes de los empleados pueden usar este formulario para presentar una queja referente a peligros de salud o seguridad al Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York. No es la única manera de presentar una queja.

La sección 27a (5) (a) de la Ley de Salud y Seguridad de los Empleados Públicos de 1980 establece que:

"Todo empleado o representante de empleados que considere que existe una infracción a una norma de salud o seguridad, o que existe un peligro inminente, puede solicitar una inspección mediante un aviso al comisionado (de trabajo) sobre dicha infracción o peligro.

Dicho aviso y solicitud deberá hacerse por escrito, deberá describir con especificidad razonable el motivo del aviso, **deberá ser firmado por el empleado o representante de empleados** y el comisionado deberá hacer llegar una copia al empleador o a la persona encargada a más tardar en el momento de la inspección, con la excepción de que, a solicitud de la persona que haga el aviso, su nombre y los nombres individuales de los empleados o representantes de empleados se retendrán. Dichas inspecciones deberán hacerse lo antes posible".

Si el comisionado de trabajo determina que no existen motivos razonables para creer que existe una infracción o un peligro, usted recibirá una notificación por escrito.

Nota: la sección 27a (10) (a) de la Ley contiene protecciones explícitas para los empleados que ejercen sus derechos, que incluyen presentar quejas sobre salud y seguridad.

Para obtener más información, visite: https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm.

Instrucciones:

- Conteste el formulario de la manera más precisa y completa posible. Describa con detalle todos los peligros que considera que existen.
- Si existen evidencias que sustenten sus sospechas de que existe un peligro, inclúyalas en su descripción (por ejemplo, un accidente reciente o síntomas físicos de empleados de su planta).
- Use hojas adicionales si las necesita.
- Envíe el formulario contestado y firmado al correo electrónico ask.shnypesh@labor.ny.gov o envíelo por fax a la oficina distrital más cercana de la División de Salud y Seguridad (DOSH, por sus siglas en inglés), cuyas direcciones aparecen a continuación. Dirija su envío a la atención de:

Oficina de Seguridad y Salud de los Empleado Públicos (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

Aviso de presuntos peligros de salud o seguridad

Nombre del establecimiento: _____

Dirección del local: Número y calle _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del local: (____) ____ - ____ Fax del local: (____) ____ - ____

Dirección postal: Número y calle _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono postal: (____) ____ - ____ Fax postal: (____) ____ - ____

Encargado administrativo: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Tipo de empresa: _____

Descripción y ubicación del peligro: Describa los peligros que considera que existen. Sea específico e incluya detalles. Incluya la ubicación física del presunto peligro. Incluya la calle, ciudad, estado, código postal del lugar, el área específica en el interior o exterior del local, y la cantidad aproximada de empleados expuestos o amenazados por cada peligro. Use hojas adicionales, si las necesita.

Esta condición se le ha notificado a: el empleador una agencia gubernamental distinta al Departamento de Trabajo. Nombre de la agencia: _____

Nombre del reclamante (obligatorio):

Seleccione una opción: NO revelar el nombre del reclamante al empleador.

El nombre del reclamante sí puede revelarse al empleador.

Domicilio del reclamante (obligatorio): Número y calle:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono (obligatorio): () - Correo electrónico: _____

Yo, el reclamante abajo firmante, considero que existen peligros para la salud o seguridad laboral en el establecimiento mencionado en este formulario. Soy, (marque una opción):

un empleado

un representante (sindical) de empleados. Escriba el nombre del sindicato o la organización a la que representa:

Su puesto: _____

un miembro del comité de salud y seguridad

Otro, especifique: _____

Firma (obligatoria):

Fecha: ____ / ____ / ____