

## 涉嫌的安全或健康危险通知

员工或员工代表可以使用此表格向纽约州劳工部提交安全或健康危险投诉。但这并非提交投诉的唯一途径。

根据 1980 年《纽约州公职人员安全和健康法案》第 27a(5)(a) 条：

“任何员工或员工代表，如果认为存在违反安全或健康标准的情况，或是存在紧迫的危险，可以向（劳工部）专员通知该违规或危险情况，以申请进行检查。

员工或员工代表应以书面形式提交通知和申请，具体说明发出通知的合理理由，并在通知书上签名。专员须在检查时间前向雇主或负责人提供一份通知副本，并应通知发出人的要求，隐去其姓名以及个别员工或员工代表的姓名。此类检查应立即进行。”

如果劳工部专员认为并无合理理由判定存在违规或危险情况，您将收到书面通知。

**请注意：**本法案的第 27a(10)(a) 条为员工行使其权利提供了明确的保障，包括提交安全和健康投诉。

欲了解更多信息，请前往：[https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH\\_PESH.shtm](https://labor.ny.gov/workerprotection/safetyhealth/DOSH_PESH.shtm)。

说明：

- 请尽可能准确、完整地填写表格。请详细描述您认为存在的每项危险。
- 如果有任何证据能够支持您对存在危险情况的怀疑，请在描述中列举出来（例如，近期发生的某次事故，或您所在站点员工的身体症状）。
- 如有需要，可另附纸张。
- 请将填写完整并附有签名的表格发送至 [ask.shnypesh@labor.ny.gov](mailto:ask.shnypesh@labor.ny.gov)，或传真或邮寄至距您最近的安全和健康部门(DOSH) 地区办事处（地址见下表）。收件人请写：

### 公职人员安全卫生局 (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

### 涉嫌的安全或健康危险通知

机构名称: \_\_\_\_\_

站点地址: 街道 \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

站点电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 站点传真: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

邮寄地址: 街道 \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_

邮寄电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 邮寄传真: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

管理人员: \_\_\_\_\_ 电话: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

企业类型: \_\_\_\_\_

**危险描述和地点:** 请描述您认为存在的危险。请提供具体、详细的描述: 包括涉嫌危险的实际位置; 包括地点所在的街道、城市、州和邮政编码; 站点内部或外部的具体区域; 以及暴露于或受到每项危险威胁的员工人数(粗略估计即可)。如有需要, 可另附纸张。

该情况已提请以下人员注意: 雇主 政府机构(非劳工部)。

机构名称: \_\_\_\_\_

投诉人姓名(必填):

选择一项: 我不愿向雇主披露投诉人姓名。

我愿意向雇主披露投诉人姓名。

投诉人家庭地址(必填): 街道

城市:  州:  邮编:

电话(必填): ()  -  电子邮件: \_\_\_\_\_

我，在下方签名的投诉人，认为本表格中提到的机构存在职业安全或健康危险。我是（选择一项）：

员工

员工（工会）代表。请填写您所代表工会或组织的名称：

您的职务：

安全和健康委员会成员

其他，请说明：

签名（必填）：

日期：\_\_ / \_\_ / \_\_