

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad y Salud Ocupacionales

Aviso de peligros alegados de seguridad o salud

Para el público general:

Se provee este formulario para ayudar a todo demandante y no tiene por intención ser la forma exclusiva en la que se presenta una demanda ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

Sec. 8 (f) (1) de la Ley Williams -Steiger de Seguridad y Salud Ocupacionales (*Williams-Steiger Occupational Safety and Health Act*), 29 U.S.C. 651, establece lo siguiente: Todo empleado o representante de empleados que crea que existe una infracción de una norma de seguridad o salud que presente un riesgo de daño físico, o que existe un peligro inminente, puede solicitar una inspección mediante notificación al Secretario o a su representante autorizados de dicha infracción o peligro. Dicha notificación se realizará por escrito, detallará en forma razonable la base de la notificación, y estará firmada por el empleado o el representante de empleados, y una copia deberá ser provista al empleador o a su agente antes de la fecha de inspección, excepto si, a solicitud de la persona que presente dicha demanda, su nombre y los nombres de empleados individuales en ella citados no deban aparecer en dicha copia o en cualquier registro publicados, divulgado, o comunicado conforme al subapartado (g) de la presente sección. Si cuando se reciba dicha notificación, el Secretario determina que existe una base razonable para creer que existe dicha infracción o dicho peligro, el Secretario realizará una inspección especial conforme a las disposiciones de la presente sección en cuanto sea posible con el fin de determinar si existe dicha infracción o dicho peligro. Si el Secretario determina que no existe una base razonable para creer que existe dicha infracción o dicho peligro, el Secretario notificará dicha determinación a los empleados o al representante de empleados por escrito.

NOTA: La sección 11(c) de la Ley establece la existencia de una protección explícita para empleados que ejercen sus derechos, incluyendo la ejecución de demandas asociadas con la seguridad y la salud.

Para empleados federales:

Se provee este formato de informe para ayudar a empleados federales o representantes autorizados que registran un informe sobre condiciones laborales inseguras o insalubres ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos.

El Secretario de Trabajo puede realizar inspecciones imprevistas en lugares de trabajo de agencias cuando piense que son necesarias si una agencia no dispone de comités de seguridad y salud conforme a las disposiciones establecidas en el subapartado F, 29 CFR 1960; o como respuesta a informes de condiciones laborales inseguras; o insalubres una vez que lo requieran dichos comités de agencias conforme a la Sec. 1-3, Executive Order 12196, o en caso de un informe que indique un peligro inminente cuando dicho comité no ha respondido al informe en la forma requerida por la Sec. 1-201(h).

INSTRUCCIONES:

Abra el formulario y rellene la primera página lo más precisa y completamente posible. Describa cada peligro que usted cree que existe con el mayor detalle que pueda. Si los peligros descritos en su demanda no existen todos en la misma zona, se ruega indique donde existe cada peligro en el lugar de trabajo. Si existe alguna prueba particular que apoye su sospecha de la existencia de un peligro (un accidente reciente, por ejemplo, o síntomas físicos de sus colegas) incluya la información en su descripción. Si necesita más espacio del que provee este formulario, puede seguir escribiendo en cualquier hoja de papel. Una vez que haya terminado este formulario, preséntelo a su oficina regional de OSHA.

NOTA: Está en contra de la ley hacer cualquier declaración, representación o certificación falsa en cualquier documento presentado conforme a la Ley de Seguridad y Salud Ocupacionales (*Occupational Safety and Health Act*) de 1970. Las infracciones pueden conllevar penalidades de no más de \$10 000, o penas de cárcel de no más de 6 meses, o ambas.

Se calcula que la carga pública de divulgación conforme a la sección (Section 17(g)) para esta información es de 15 a 25 minutos por respuesta con un promedio de 17 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo que requiere leer las instrucciones, la búsqueda de fuentes de datos existentes, la compilación y el mantenimiento de los datos requeridos y la introducción y el repaso de la información reunida. Envíe sus comentarios respecto al cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias sobre la reducción de esta carga a Office of IRM Policy, Department of Labor, Room N-3101, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, DC, 20010; y a Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project (1218-0064), Washington, D.C. 20503.

NO ENVÍE EL FORMULARIO RELLENADO A NINGUNA DE ESTAS DOS OFICINAS

Notificación de alegación de peligros de seguridad o salud

		Número de demanda	
Nombre del establecimiento			
Dirección del lugar de trabajo			
		Teléfono del lugar de trabajo	Telefax del lugar de trabajo
Dirección postal			
		Teléfono postal	Telefax postal
Teléfono del representante de gestión			
Tipo de negocio			

DESCRIPCIÓN Y UBICACIÓN DEL PELIGRO. Describa brevemente el o los peligros que usted cree que existen. Incluya el número aproximado de empleados expuestos a, o amenazados por, cada peligro. Especifique el edificio o el lugar particular donde existe la infracción alegada.

Esta condición ha sido notificada a: Empleador Otra agencia gubernamental (especificar).

Se ruega indique su preferencia: NO divulgue mi nombre a mi empleador
 Puede divulgar mi nombre a mi empleador

La persona suscrita cree que existe una infracción de una norma de seguridad o salud ocupacional que representa un peligro de seguridad o salud en el trabajo en el establecimiento indicado en el presente formulario. (Marque "X" en UNA casilla)

Empleado Comité federal de seguridad y salud
 Representante de empleados Otro (especificar)

Nombre del demandante

Teléfono

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Firma

Fecha

Si es usted un representante autorizado de empleados afectados por esta demanda, se ruega indique el nombre de la organización que usted representa y su título:

Nombre de la organización:
Título: