

Completando una queja de OSHA- Sugerencias para llenar la Forma OSHA-7

INSTRUCCIONES Incluidas en la Forma:

Abra la forma y complete la primera página tan exacta y completa como le sea posible, Describa detalladamente, cada peligro que Ud. cree existe. Si los peligros descritos en su queja no están todos en la misma área, por favor identifique donde cada peligro se encuentra en el área de trabajo. Si existe una evidencia particular que soporta sus sospechas (como un accidente o algún síntoma en los empleados en ese sitio de trabajo) incluya esa información en su descripción. Si se requiere más espacio que el proveído en la forma, continúe en otro tipo de papel. Después que la forma este completa, regrésela a la oficina local de OSHA.

Algunas sugerencias para completar la forma:

1. Sea específico e incluya detalles apropiados: la información en la hoja de queja, puede que sea la única información del peligro que el inspector vera antes de una inspección. El inspector basará su (él o ella) investigación y planificación en esta información.
2. Nombre del Negocio, Dirección y Tipo de Negocio: Sea minucioso y específico. El inspector basará la investigación de la compañía y de los peligros en esta información.
3. Descripción del peligro / Ubicación: la descripción del peligro es la más importante parte de la forma. Su respuesta deberá explicar el peligro claramente. Si la queja es acerca de químicos, identifíquelos y si es posible adjunte copias de las etiquetas o MSDS. Identifique el sitio para que el inspector sepa dónde buscar por el peligro.
4. ¿Ha sido el empleador o alguna otra agencia del gobierno notificada de esta condición? Usted debe indicar en la forma si ha tratado que el empleador corrija el peligro antes de presentar la queja. En caso de que otra agencia tal como los bomberos locales o el departamento de construcción han sido notificados de estos peligros, OSHA podría consultar con ellos.
5. No revele mi nombre: OSHA mantendrá su nombre fuera de la queja, si usted, así lo desea. Recuerde que discriminación por actividades de seguridad y salud son ilegales. Si usted es un representante de la unión, usted podría desear que su nombre este en la forma.
6. Firma y dirección: Es importante firmar la queja si usted quiere que OSHA conduzca una inspección del sitio. La dirección permitirá a OSHA enviar copias de la inspección y materiales relacionados a usted.

U.S. Department of Labor Administración de Seguridad y Salud Ocupacional			
Notificación de una Queja en Seguridad y Salud			
Nombre del Establecimiento			Numero de la Queja
Dirección del Lugar de Trabajo		Numero de Teléfono del Lugar de Trabajo	Numero de FAX del Lugar de Trabajo
Dirección de Correo		Numero de Teléfono de la Dirección de Correo	Numero de FAX de la Dirección de Correo
Gerente o Representante de Gerencia		Numero de Teléfono	
Tipo de Negocio			
DESCRIPCIÓN DE PELIGRO O RIESGO / UBICACIÓN Describa brevemente los peligros o riesgos que usted cree que existen. Incluya el número aproximado de empleados expuestos a cada riesgo. Especifique el edificio o lugar de trabajo donde la violación alegada existe.			
Esta condición se ha traído a la atención de Favor Indique Su Deseo:		<input type="checkbox"/> El Empleador <input type="checkbox"/> Otra Agencia del Gobierno (especifique) <input type="checkbox"/> NO divulgue mi nombre a mi empleador <input type="checkbox"/> Mi nombre puede ser divulgado al empleador	
El individuo que firma este formulario cree que una violación de un estándar de seguridad o salud ocupacional existe, y que es un riesgo de seguridad o salud ocupacional en el establecimiento nombrado en este formulario.		(Marque "X" en UNA de las siguientes opciones): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comité de Seguridad y Salud Federal <input type="checkbox"/> Representante de Empleados <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
Nombre del querellante		Numero de Teléfono	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
Firma			Fecha
Si usted es un representante autorizado de empleados afectados por esta queja, favor indique el nombre de la organización que usted representa y su título: Nombre de Organización: _____ Su Título: _____			

Escenario De Una Queja En La Industria General

Use el siguiente escenario para determinar qué tipo de información debe ser incluida en la forma de quejas de OSHA. ¿Se necesita más información?

Usted es un trabajador para la compañía de Ben Brothers Wood working por 8 años como conserje, la compañía Ben Brothers se encuentra localizada en 88 Wren Street, Anytown, USA, 40001. La compañía fabrica y hace acabados de muebles de oficina. Usted regularmente trabaja en el segundo turno pero algunas ocasiones llega temprano, usted y a lo menos 3 de sus compañeros de trabajo tienen síntomas de dolores de cabeza cuando trabajan en la bodega y cuando el montacargas de gas propano se encuentra en funcionamiento. Usted ha tenido dolor de cabeza a lo mínimo dos veces por semana en los últimos dos meses.

El operador del montacargas le menciono que tiene muchos problemas con el montacargas que era necesario remplazarlo. Usted reporto sus dolores de cabeza a su supervisor. Ella le dijo que fueras afuera de la bodega hasta que te sintieras mejor y que no había nada más que ella pudiera hacer. Usted investigo y encontró que expuesto al gas propano sin ventilación causaba dolores de cabeza, mareos, dificultad para respirar y perder el conocimiento. No existe un sistema de monitoreo de aire en la bodega. No existe un sindicato en trabajo. Y usted a decidido presentar una queja con el departamento de OSHA.

NOTAS:

Lined area for notes.

U.S. Department of Labor
Administración de Seguridad y Salud Laboral

Notificación de una Queja en Seguridad y Salud

Para el público en general:

Este formulario se proporciona para asistir a cualquier reclamante: no pretende ser la única forma en que se pueda registrar una queja ante el Departamento de Trabajo de los EE.UU.

La Sección 8(f)(1) de la Ley Williams-Steiger de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sección 657, Título 29 del Código de los EE.UU., dispone lo siguiente: cualquier empleado o representante del empleado que crea que existe una infracción de una norma de seguridad o salud, y que la misma amenaza causar daños físicos; o que crea que existe un peligro inminente, puede solicitar una inspección, mediante notificación al Secretario o a su representante autorizado, de tal infracción o peligro. Cualquier notificación de este tipo será presentada por escrito, detallando en lo razonablemente posible las razones que impulsaron la notificación, y estará firmada por el empleado o el representante del empleado. Una copia de la misma se le entregará al empleador o a su agente a más tardar en el momento de la inspección, con excepción de que, a pedido de la persona que esté proporcionando tal notificación, su nombre y los nombres de los empleados individuales nombrados en la misma no aparecerán en tal copia ni en ningún registro publicado, divulgado ni disponible conforme a la subsección (g) de esta sección. Si al recibir esa notificación el Secretario encuentra que hay motivos razonables para creer que existe tal infracción o peligro, el mismo llevará a cabo una inspección especial en conformidad con las disposiciones de esta sección tan pronto como sea posible, para verificar la existencia de tal infracción o peligro. Si el Secretario encuentra que no existen motivos para creer que existe una infracción o un peligro, el mismo informará por escrito a los empleados o al representante de los empleados de su decisión.

NOTA: La Sección 11(c) de la Ley dispone la protección explícita de los empleados en el ejercicio de sus derechos, entre ellos el de formular quejas sobre seguridad y salud.

Para funcionarios públicos federales:

El formato de este informe se proporciona para ayudar a los funcionarios públicos federales o a sus representantes autorizados a registrar en el Departamento de Trabajo un informe de condiciones de trabajo peligrosas o insalubres.

El Secretario de Trabajo puede, sin preaviso, llevar a cabo inspecciones de lugares de trabajo de las entidades cuando lo considere necesario y cuando esas entidades no tengan comités de seguridad y salud en el trabajo establecidos conforme a la subparte F, Título 29, Parte 1960 del Código de Reglamentos Federales; o como respuesta a los informes de condiciones laborales peligrosas o insalubres y a pedido de tales comités de las entidades conforme a la sección 1-3 del Decreto Ejecutivo 12196; o en caso de notificación de un peligro inminente, cuando tal comité no haya respondido al informe tal como lo exige la sección 1-201(h).

Instrucciones:

Abra el formulario y llene la primera página lo más completamente y con la mayor precisión que sea posible. Describa con el máximo detalle posible cada uno de los peligros que usted cree que existen. Si todos los peligros descritos en su queja no se encuentran en el mismo sitio, por favor identifique el sitio de cada peligro existente en el lugar de trabajo. Si hay alguna evidencia específica que apoye su sospecha de la existencia de un peligro (por ejemplo: un accidente reciente o síntomas físicos presentes en algunos empleados de su lugar de trabajo), incluya esa información en su descripción. Si necesita más espacio del que se encuentra disponible en el formulario, puede continuar escribiendo en cualquier otra hoja de papel.

Después de haber completado el formulario, devuélvalo a su oficina de OSHA local.

NOTA: Es ilegal formular declaraciones, representaciones o certificaciones falsas en cualquier documento sometido conforme a la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de 1970. Las infracciones podrían ser sancionadas con una multa máxima de \$10,000 o con encarcelamiento máximo de 6 meses o con ambas penas.

La carga que significa para el público esta recopilación voluntaria de información se estima entre 15 y 25 minutos por respuesta, con un promedio de 17 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, examinar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Ninguna entidad puede llevar a cabo ni patrocinar la recopilación de información, ni nadie tiene obligación de responder a la misma, si no exhibe un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). Enviar comentarios acerca de esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a la Dirección de Programas de Cumplimiento, Departamento de Trabajo, Sala N-3119, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC 20010.

No. de aprobación de la OMB 1218-0064 vence: 31.05.2014

NO ENVIAR EL FORMULARIO RELLENADO A ESTA OFICINA

U.S. Department of Labor

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional

Notificación de una Queja en Seguridad y Salud

		Numero de la Queja		
Nombre del Establecimiento				
Dirección del Lugar de Trabajo				
	Numero de Teléfono del Lugar de Trabajo		Numero de FAX del Lugar de Trabajo	
Dirección de Correo				
	Numero de Teléfono de la Dirección de Correo		Numero de FAX de la Dirección de Correo	
Gerente o Representante de Gerencia		Numero de Teléfono		
Tipo de Negocio				
DESCRIPCIÓN DE PELIGRO O RIESGO / UBICACIÓN				
Describa brevemente los peligros o riesgos que usted cree que existen. Incluya el número aproximado de empleados expuestos a cada riesgo. Especifique el edificio o lugar de trabajo donde la violación alegada existe.				
Esta condición se ha traído a la atención de	<input type="checkbox"/> El Empleador <input type="checkbox"/> Otra Agencia del Gobierno (especifique cual)			
Favor Indique Su Deseo:	<input type="checkbox"/> NO divulgue mi nombre a mi empleador <input type="checkbox"/> Mi nombre puede ser divulgado al empleador			
El individuo que firma este formulario cree que una violación de un estándar de seguridad o salud ocupacional existe, y que es un riesgo de seguridad o salud ocupacional en el establecimiento nombrado en este formulario.	(Marque "X" en UNA de las siguientes opciones): <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comité de Seguridad y Salud Federal <input type="checkbox"/> Representante de Empleados <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
Nombre del querellante			Numero de Teléfono	
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)				
Firma			Fecha	
Si usted es un representante autorizado de empleados afectados por esta queja, favor indique el nombre de la organización que usted representa y su título:				
Nombre de Organización:	Su Título:			