

Envíala por correo o fax a:  
 Department of Labor and Industries  
 Division of Occupational Safety and Health  
 PO Box 44600  
 Olympia WA 98504-4600



## QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DE LA DIVISIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL (DOSH, por sus siglas en inglés)

**SOLAMENTE PARA USO CUANDO ESTÁN INVOLUCRADOS ASUNTOS DE SEGURIDAD Y SALUD**

Apellido nombre	Primer nombre	Segundo	Fecha	Número de teléfono	Número de celular
Dirección actual:					
Ciudad		Estado	Código postal	Condado	
Nombre del abogado de la persona presentando la queja				Número de teléfono	
Empleador			Nombre de la compañía		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Tipo de negocio				Número de teléfono del empleador	
Fecha en que fue contratado	Nombre del supervisor	Departamento donde trabajaba		Título de su puesto de trabajo	
Tarifa de su sueldo final		¿Han terminado su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Fecha			
¿Ha presentado una queja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha cuando presentó su queja		
Representante del sindicato			Número de teléfono		
Indique el tipo de riesgo: <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Salud			¿Solicitó usted una inspección de salud o seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Fecha de solicitud		
Fecha en que ocurrió la presunta discriminación					
Describa como lo discriminaron:					
En su opinión, ¿por qué tomó esta acción el empleador?					
¿Registró usted y/u otra persona una queja con el empleador?			¿Cuáles fueron los resultados de su queja?		

Nombre, dirección y número de teléfono de otras personas que presentaron una queja.
¿Ha presentado su queja con otra agencia? Si es así, ¿con cuál agencia se ha comunicado?
¿Recibió usted una(s) evaluación(es) durante su empleo? Si es así, indique la(s) fecha(s).
¿Ha recibido alguna advertencia o reprimenda de su empleador? Si es así, indique por qué y si fueron verbales o por escrito.
¿Qué podemos esperar que su empleador nos diga respecto a usted?
Indique los nombres, direcciones y números de teléfonos de testigos por los actos de discriminación alegados.

**Yo certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este documento es la verdad a mi leal saber y entender.**

Fecha	Nombre en letra imprenta	Firma
<b>Envíe el formulario completado a:</b>	Department of Labor and Industries DOSH Discrimination Program PO Box 44600 Olympia WA 98504-4600	
<b>O por fax al:</b>	360-902-5482	

**Department use only  
(Solo para el uso del departamento)**

Location complaint filed:	I certify that the complaint was filed with me on:
Phone number:	Department representative and title:

Sus derechos bajo la ley RCW 49.17.160 (1) y (2) son:

**RCW 49.17.160 Se prohíbe la discriminación contra un empleado que presente una queja, instituya procedimientos o testifique-Procedimiento-Remedio.** (1) Ninguna persona podrá despedir o discriminar de manera alguna a cualquier empleado por causa de que tal empleado haya presentado alguna queja o haya instituido o haya causado que se instituya cualquier procedimiento bajo este capítulo o relacionado con el mismo, o por causa de que haya testificado o vaya a testificar en cualquier procedimiento de esta naturaleza o debido a que el empleado haya ejercido, en su propio beneficio o en beneficio de otros, cualquiera de los derechos otorgados por este capítulo.

**(2) Cualquier empleado que considere que se le ha despedido o discriminado de cualquier otra manera por cualquier persona en violación de esta sección podrá presentar un reclamo ante el director alegando tal discriminación dentro de los treinta días siguientes a que haya ocurrido tal violación.** Al recibir tal reclamo, el director hará que se conduzca una investigación en la forma que considere adecuada. Si luego de realizar tal investigación, el director determina que se han violado las disposiciones de esta sección, iniciará una acción en el tribunal superior del condado donde se afirme que se haya cometido la violación contra la persona o personas de las cuales se afirme que hayan violado las disposiciones de esta sección. Si el director determinara que no se han violado las disposiciones de esta sección, el empleado podrá instituir la acción en representación propia dentro de los treinta días a partir de tal determinación. En cualquier acción de este tipo el tribunal superior tendrá jurisdicción, por

causa justificada, para restringir las violaciones de la subsección (1) de esta sección y ordenar todos los amparos apropiados, incluida la recontractación o restablecimiento del empleado en su puesto anterior con pago retroactivo.

**Para presentar una queja federal:**

Si usted es un empleado del sector privado o del Servicio Postal de los Estados Unidos, usted también puede presentar una queja por represalia bajo la sección 11(c) de la Ley federal de Seguridad y Salud Ocupacional. Para poder hacer esto, usted debe presentar su queja a la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por su sigla en inglés), Departamento de Trabajo de los Estados Unidos dentro de (30) días después del acto de represalia. Si usted no presenta una queja de represalia a OSHA dentro del límite de tiempo especificado, usted renunciará a sus derechos bajo la sección 11(c) de OSHA. Aunque OSHA no lleve a cabo una investigación paralela, la presentación de una queja federal le permitirá solicitar una revisión federal de su reclamo de represalia si usted no está satisfecho con la determinación administrativa final del estado; o sea, después de que el proceso de apelación del estado se haya completado. Para presentar dicha queja, comuníquese con el representante de la Oficina Regional de OSHA indicada abajo:

Regional Supervisory Investigator  
U.S. DOL/OSHA  
300 Fifth Avenue, Suite 1280  
Seattle, WA 98104  
Tel.#: 206-757-6700  
FAX: 206-757-6705