



PARA LOS EMPLEADOS O REPRESENTANTES DE LOS EMPLEADOS:

Este formulario es para servir de ayuda en caso de cualquier reclamo y su propósito no es el de constituir el único medio mediante el cual se registren los reclamos ante el Departamento de Labor e Industrias (Department of Labor and Industries).

Reclamos de los empleados o de sus representantes.

(1) Cualquier empleado o representante de los empleados que de buena fe crea que existe una violación de cualquier estándar de seguridad o salud o que existe un peligro inminente en cualquiera de las áreas de trabajo donde se desempeña el empleado puede solicitar una inspección de dicha área notificando la supuesta violación o peligro a cualquier oficina o funcionario del Departamento de Labor e Industrias, División de Seguridad y Salud Ocupacional (Division of Occupational Safety and Health). Cualquier notificación deberá realizarse por escrito con una explicación apropiada de las razones de la misma y estará firmada por el empleado o el representante de los empleados. Un funcionario de la División le entregará una copia al empleador o a sus agentes a más tardar al momento de la inspección, si la hubiere. Si se ha solicitado confidencialidad, no aparecerá información identificadora en esa copia o en ningún registro publicado, difundido o puesto a disposición por el Departamento de Labor e Industrias.

(2) Si al recibir la notificación se determina que el reclamo reúne los requisitos establecidos en la subsección (1) de esta sección y existen motivos razonables para creer que la supuesta violación o peligro existen, se realizará una inspección tan pronto como sea posible para determinar si esa supuesta violación o peligro existen. Las inspecciones bajo esta sección podrán tener un alcance que sobrepase los asuntos a los que se hace referencia en el reclamo.

Consulte [RCW 49.17.110](#)

Nota: [RCW 49.17.160](#), protege a los empleados o sus representantes que presenten reclamos sobre la seguridad o la salud contra la discriminación por parte del empleador

¿Cómo define el Departamento de Salud y Seguridad en el Trabajo (DOSH) a un “representante de los empleados?”

Un representante de los empleados comprende a las organizaciones sindicales elegidas que representen a los empleados en un lugar de trabajo específico. También comprende a los representantes elegidos en un comité de seguridad específico del área de trabajo del empleado en cuestión.

Para el público en general

Instrucciones

Complete los puntos desde el 2 hasta el 18 tan exacta y completamente como sea posible. Describa cada riesgo que crea que existe tan detalladamente como le sea posible. Si los riesgos descritos en su reclamo no se encuentran todos en la misma área, identifique donde se encuentra cada riesgo en el lugar de trabajo. Si existe una prueba en particular que respalde su sospecha de la existencia de un riesgo (por ejemplo, un accidente reciente o síntomas físicos de los empleados de su lugar de trabajo), incluya la información en su descripción. Si necesita más espacio del que se proporciona en el formulario, siga en otra hoja de papel.

Después de completar el formulario, entréguelo a su oficina L&I local.

Region 1

729 100th St SE
Everett WA 98208-3727
425-290-1300

Region 2

1280 Gateway DR S
Tukwila WA 98168
206-835-1000

Region 3

950 Broadway Suite 200
Tacoma WA 98402-4405
253-596-3800

Region 4

PO Box 44651
Olympia WA 98504-4651
360-902-5566

Ubicada en:

7273 Linderson Way SW
Tumwater, WA 98501-5414

Region 5

15 W Yakima Ave Suite 100
Yakima WA 98902-3480
509-454-3700

Region 6

901 N Monroe Suite 100
Spokane WA 99201-2149
509-324-2544

INSTRUCCIONES PARA LOS SUPUESTOS RIESGOS PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD

Cada trabajador de Washington tiene derecho a la seguridad y salud en el trabajo. Así lo dispone la ley.

Le proporcionamos el formulario de quejas incluido para que informe las condiciones de su área de trabajo que crea que constituyen un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores. Complete el formulario de la siguiente manera:

Reclamo/número de referencia: Deje el espacio en blanco

1. **Fecha:** Coloque la fecha en que el reclamo fue presentado.
2. **Nombre del empleador:** Coloque el nombre legal del empleador o del establecimiento.
3. **Ubicación del lugar:** Coloque la dirección de la calle (o autopista), la ciudad, estado y código postal del lugar de trabajo donde existe el supuesto riesgo.
4. **Dirección de correo (si es diferente):** Coloque la dirección de correo del establecimiento si es diferente de la dirección del lugar de trabajo.
5. **Director/Funcionario Supervisor:** Coloque el nombre del propietario, operador o agente a cargo del área de trabajo.
6. **Número de teléfono del negocio:** Coloque un número telefónico del establecimiento. Puede ser el número telefónico del funcionario director identificado en el punto 5 u otro número del establecimiento.
7. **Tipo de negocio:** Describa el tipo de actividad industrial que se realiza en el lugar de trabajo. Por ejemplo, un reclamo sobre las condiciones inseguras de un almacén en una planta de productos químicos agrícolas mostraría “planta de productos químicos agrícolas” en ese espacio, no “almacén”.
8. **Descripción del riesgo:** Describa el supuesto riesgo detalladamente. Incluya tanta información pertinente como pueda ser obtenida o que corresponda. Si necesita más espacio, siga en otra hoja de papel. Adjunte todas las hojas de papel al formulario de reclamo. Incluya quiénes resultan afectados, cuál es el riesgo, dónde y cuándo se encuentra el riesgo, qué lo causa y qué ha hecho el empleado para eliminar el mismo.
9. **Ubicación del riesgo:** Este es el edificio específico o área de trabajo donde se encuentra el supuesto riesgo.
10. **Indique a quién más le ha informado sobre esta condición o práctica insegura:** Marque con una “X” en el espacio correspondiente sobre a quién más ha informado sobre la condición o práctica. Especifique a cuál agencia si corresponde. Incluya el nombre y el cargo de la(s) persona(s) a quien(es) usted informó sobre la condición o práctica insegura.
11. **¿Es usted un Empleado o un Representante del Empleado actual de este empleador?:** Marque con una “X” en el espacio adecuado para indicar si usted es actualmente un empleado o representante del empleado y marque con una “X” en el espacio que indique si desea o no que su nombre sea revelado al empleador.
12. **Quien suscribe. . . (fuente del reclamo):** Marque una “X” en el espacio que indica su relación con el empleador. Si marca “Otro”, especifique.

NOTA: Si desea recibir los resultados de nuestra inspección o investigación, complete los puntos desde el 13 hasta el 15.

13. **Nombre:** Coloque su nombre completo
14. **Número de teléfono:** Coloque su número telefónico.
15. **Dirección:** Coloque la dirección de su calle, ciudad, abreviación de su estado y el código postal.
16. **Firma:** Firme aquí.
17. **Fecha:** Coloque la fecha.
18. **Representante autorizado:** Use este espacio si es un representante autorizado. Mencione el nombre de su organización y su cargo.

El resto del formulario se utilizará para evaluar su reclamo. No escriba debajo de la línea “Solo para uso oficial”.

Puede entregar su formulario completo a su oficina local de Labor e Industrias o a la oficina regional que aparece en el formulario de reclamo. Gracias por su participación.



Reclamo o Número de referencia:

1. Fecha:

2. Nombre del empleador:

3. Ubicación del lugar - Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal + 4

4. Dirección de correo (si es diferente) - Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal + 4

5. Nombre del Director/Funcionario Supervisor:

6. Número de teléfono del negocio:

7. Tipo de negocio:

8. Descripción del riesgo. Describa el(los) riesgo(s) que usted cree que existe(n). Incluya el número aproximado de empleados que están expuestos o se ven amenazados por cada uno de los riesgos:

9. Ubicación del riesgo. Especifique el edificio o el lugar de trabajo y los turnos donde está ocurriendo el supuesto riesgo:

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: DOSH solo mantendrá la confidencialidad de la fuente del reclamo para el empleado o el representante del empleado que haya presentado un reclamo de DOSH sobre la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. El empleado o el representante del empleado deberá solicitar la confidencialidad de manera específica. Si la sección sobre confidencialidad del formulario de reclamo no ha sido completada o si hay dudas en cuanto a la solicitud de confidencialidad de los denunciantes, DOSH contactará al denunciante antes de iniciar una inspección del asunto reclamado.

10. ¿A quién más usted ha informado sobre esta condición o práctica insegura? (marque todas las que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otra agencia gubernamental (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro individuo					
Mencione el nombre, nombre del cargo y fecha en que él o ella fue notificado(a):					
11. ¿Es usted un Empleado o un Representante del Empleado actual de este empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si usted es un empleado o un representante del empleado actual, exprese su voluntad:					
<input type="checkbox"/> No revelar mi nombre al Empleador <input type="checkbox"/> Mi nombre puede ser revelado al Empleador					
NOTA DE CONFIDENCIALIDAD: DOSH solo mantendrá la confidencialidad de la fuente del reclamo para el empleado o representante del empleado que haya presentado un reclamo de DOSH sobre la seguridad y la salud en el lugar de trabajo. El empleado o el representante del empleado deberá solicitar la confidencialidad de manera específica. Si la sección sobre confidencialidad del formulario de reclamo no ha sido completada o si hay dudas en cuanto a la solicitud de confidencialidad de los denunciantes, DOSH contactará al denunciante antes de iniciar una inspección del asunto reclamado.					
12. Quien suscribe cree que existe una violación de los Estándares de Seguridad Ocupacional o de Salud la cual constituye un riesgo para la seguridad o la salud en el puesto de trabajo del establecimiento mencionado en el formulario. (Marque uno a continuación)					
<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Representante de los Empleados <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____					
13. Nombre (mecanografiado o con letra de imprenta)				14. Número de teléfono	
15. Dirección - Calle:		Ciudad:		Estado:	Código postal + 4
16. Firma				17. Fecha	
18. Si usted es un representante autorizado de los empleados afectado por el reclamo, mencione el nombre de la organización que representa y su cargo					
Organización/nombre del Sindicato			Su cargo		
SOLO PARA USO OFICIAL OFFICIAL USE ONLY					
19. Reporting ID		20. Previous Activity? If yes, enter type.			21. Optional Complaint Number
		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type: _____ Number: _____			
Identification	22. Establishment Name Change <input type="checkbox"/>		23. Site Address Change <input type="checkbox"/>	24. Account ID	25. UBI Number
Receipt Information	27. Received by:	28. Date Received	29. Time AM PM	30. Supervisor(s) Assigned a. _____ b. _____	
Industry & Ownership	32. Primary SIC/NAICS	33. Ownership (Choose one only) <input type="checkbox"/> Private Sector <input type="checkbox"/> Local Government <input type="checkbox"/> State Government <input type="checkbox"/> Federal Agency Code _____			
Evaluation	34. Evaluated by: (CSHO ID)		35. Subject and Severity		
	36. Is this a valid complaint? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Discrimination <input type="checkbox"/> Imminent Danger Serious General		
	37. Is this a valid referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Safety <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Health <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Action Taken	38.				
	<input type="checkbox"/> Transferred to another jurisdiction:				
	<input type="checkbox"/> Other L&I Division/Department _____			Date _____	
	<input type="checkbox"/> State/Local Government _____			Date _____	
<input type="checkbox"/> Federal OSHA _____			Date _____		
<input type="checkbox"/> Other Federal Agency _____			Date _____		
<input type="checkbox"/> Other _____			Date _____		
<input type="checkbox"/> Phone and Fax Person Letter Sent To _____ Date Sent _____ Response due _____					
<input type="checkbox"/> Inspection Planned _____ Number of days to inspect _____ Assigned to CSHO					
<input type="checkbox"/> No Action Taken Reason _____					
Comments					