



Queja por represalias por denuncias en materia de seguridad y salud

Envíe por correo o fax a:

Department of Labor & Industries

PO Box 44600

Olympia WA 98504-4600

Fax: 360-902-5482

Utilice este formulario para denunciar presuntas represalias por ejercer sus derechos de seguridad y salud en el lugar de trabajo. Consulte la página 3 para obtener más información sobre las represalias por denuncias en materia de seguridad y salud.

Sr. Sra. Srta. Sre.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número de teléfono		Número de teléfono celular	
Dirección actual: Calle			Ciudad		Estado Código postal
Condado		Dirección de correo electrónico		Mejor horario para contactarlo	
Nombre del empleador				Número de teléfono del empleador	
Dirección de la calle del empleador			Ciudad		Estado Código postal
Tipo de negocio		Cargo		Fecha de contratación	
¿Concluyó su relación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es "Sí", fecha en que concluyó		
¿Renunció a su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si la respuesta es "Sí", fecha en la que renunció		
Fecha en la que ocurrieron las presuntas represalias					
Describa de qué manera sufrió represalias. Si necesita más espacio para describir la situación, puede adjuntar un documento aparte al enviarnos este formulario.					

¿Por qué tomó esta decisión el empleador (en su opinión)?

¿Presentó su queja ante otra agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí", ¿con qué agencia se comunicó?	Fecha en que se comunicó con otra agencia
¿Cuáles fueron los resultados de esta queja?	

<input type="checkbox"/> Al presentar este formulario, afirmo y doy fe de que tengo conocimiento personal de que existen los riesgos enumerados y que mi nombre en este formulario constituye legalmente mi firma.	<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, reconozco lo siguiente: L&I (Labor e Industrias) toma precauciones para proteger sus datos personales, a los que se puede acceder mediante nuestro sitio web en www.Lni.wa.gov . Nuestras declaraciones detalladas de privacidad y seguridad están disponibles para todos los usuarios de Internet. Consulte: www.Lni.wa.gov/agency/privacy-security-statement .
--	---

Declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en este documento es la verdad según mi leal saber y entender.	
Firma (escriba en letra de imprenta o a máquina)	Fecha

Siguientes pasos:

1. **Revise el formulario.** Asegúrese de que la información se presenta lo más completa y precisa posible.
2. **Guarde el formulario. Modifique el nombre predeterminado del archivo para que lo pueda ubicar fácilmente.** Si usa una computadora de uso público o compartido, asegúrese de [guardar](#) el archivo en una ubicación segura, como una memoria USB o una carpeta segura. En caso de que esto no sea posible, asegúrese de borrar el archivo después de haber completado el siguiente paso.
3. **Envíe el formulario a nuestra plataforma segura de carga de archivos.** [Cargue aquí el archivo que acaba de guardar](#). También puede usar el vínculo para enviarnos fotografías, videos, documentos y cualquier otra información que sirva de apoyo junto con este formulario. Use este vínculo para enviar el formulario y toda la documentación que tenga de una sola vez.

¿Necesita ayuda?

Si tiene algún problema, comuníquese con nosotros en EyeOnSafety@Lni.wa.gov y le ayudaremos.

También puede enviar su formulario por correo postal o por fax:

Envíe el formulario
completo por correo postal
a:
Department of Labor & Industries
Safety & Health Retaliation Program
PO Box 44600
Olympia WA 98504-4600

Envíe el formulario
completo por fax al:
360-902-5482

Más información sobre las represalias por denuncias en materia de seguridad y salud

Tiene derecho a laborar en un lugar de trabajo seguro y saludable: ¡es la ley!

De conformidad con el [Código Revisado de Washington \(Revised Code of Washington, RCW\) 49.17.160](#) (1) y (2) sus derechos son los siguientes:

RCW 49.17.160 Discriminación en contra de los trabajadores que presenten denuncias, que inicien procedimientos o les prohíban testificar – Procedimiento – Reparación.

- (1) Ninguna persona despedirá o discriminará de ninguna forma a un trabajador porque dicho trabajador haya presentado alguna queja o iniciado o provocado el inicio de algún procedimiento, de conformidad o en relación con este capítulo, o que haya testificado o esté por testificar en dicho procedimiento, o bien, debido a que el trabajador ejerza en nombre suyo, o de terceros, cualquier derecho otorgado por este capítulo. La discriminación prohibida incluye una acción que disuadiría a un trabajador razonable de ejercer sus derechos de conformidad con este capítulo.
- (2) Todo trabajador que considere que una persona fue despedida o discriminada en violación de esta sección puede, en un plazo de 90 días posteriores a la fecha de la presunta violación, presentar una queja ante el director en la que se alegue dicha discriminación. El departamento puede, a su discreción, extender el periodo de tiempo debido a principios equitativos reconocidos o porque existan circunstancias atenuantes.

Para presentar una queja federal:

Si usted es un trabajador del sector privado o está registrado en el Servicio Postal de los Estados Unidos, también puede presentar una queja por represalias de acuerdo con la Sección 11(c) de la Federal Occupational Safety and Health Act. (Ley Federal de Seguridad y Salud Ocupacional). Para hacerlo, debe presentar su queja ante la Administración para la Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety & Health Administration, OSHA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor, U.S. DOL) en un plazo de treinta (30) días, de acuerdo con la ley de represalias. Si no presenta una queja por represalias ante la OSHA durante el tiempo especificado, renunciará a sus derechos conforme a la Sección 11(c) de OSHA. Aunque la OSHA no llevará a cabo una investigación paralela, presentar una queja federal le permitirá solicitar una revisión federal de su queja por represalia, si no está satisfecho con la determinación administrativa final del estado; es decir, después de que se complete el proceso de apelación del estado. Para presentar dicha queja, comuníquese con el representante de la oficina regional de la OSHA que se indica a continuación:

Dirección postal:

Investigador de la Supervisión Regional

Número de teléfono:
206-757-6700

U.S. DOL/OSHA
300 5th Avenue Suite 1280
Seattle WA 98104

Número de fax:
206-757-6705

Puede encontrar más información sobre las represalias en el lugar de trabajo o sobre otro tipo de quejas en relación al lugar de trabajo o al salario en: www.Lni.wa.gov/WorkplaceRetaliation.

For Department Use Only (Para uso exclusivo del Departamento)

Location Complaint Filed:

Phone Number	Department Representative Name	Title
--------------	--------------------------------	-------