



## Aviso de Presuntos Peligros de Salud y Seguridad Ocupacional – Instrucciones/Manejo

Para el Público General:

El Departamento de Trabajo y Oportunidad Económica ha desarrollado este AVISO a fin de investigar de forma rápida y eficiente la naturaleza y el alcance de las condiciones, que usted sienta que están creando un peligro para la seguridad o la salud, o que violen de algún modo las Normas de la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional de Michigan. Este AVISO no está destinado a constituir el único medio por el cual se puede presentar una queja.

La Sección 28(1) de la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional de Michigan (Ley 154, P.A. 1974) describe los procedimientos mediante los cuales se pueden presentar quejas y las acciones que serán tomadas por el Departamento. Un empleado o el representante de un empleado que crea que existe una violación de una ley de seguridad o salud que amenace el daño físico a un empleado, o que existe un peligro inminente, puede solicitar una inspección dando aviso escrito de la condición al departamento. El aviso deberá ponerse por escrito, y deberá establecer con detalles razonables los motivos de la queja. Luego de recibir una queja, y si el departamento determina que existen motivos razonables para la queja, el departamento deberá llevar a cabo una inspección. Se debe proporcionar una copia de la queja al empleador o a su agente a más tardar en el momento de la inspección. A solicitud de la persona que da el aviso, el nombre de dicha persona y los nombres de los empleados mencionados en el mismo, no aparecerán en la copia o en el registro que se publique, se divulgue o se ponga a disposición. Si el departamento determina que no existen motivos razonables para creer que se debe llevar a cabo una inspección, deberá notificar, por escrito, al denunciante sobre su determinación.

Las secciones 65(1) y (2) establecen que es ilegal que un empleador despidan o ejerza discriminación de algún modo contra un empleado por presentar una queja al Departamento o ejercer cualquier otro derecho previsto por la ley. Cualquier empleado que crea que ha sido despedido o discriminado por una persona en violación de esta sección puede presentar una queja ante el departamento alegando la discriminación dentro de un plazo de 30 días luego de que ocurra la violación.

### INSTRUCCIONES:

Complete el formulario con tanta precisión como sea posible. Describa cada peligro que crea que existe con tanto detalle como pueda. Si los peligros descritos en su queja no están todos en la misma área, por favor identifique dónde puede encontrarse cada peligro en el sitio de trabajo. Si existe alguna evidencia en particular que respalde su sospecha de que existe un peligro (por ejemplo, un accidente reciente o síntomas físicos de los empleados en su sitio), incluya la información en su descripción. Si necesita más espacio del que se proporciona en el formulario, continúe en otra hoja de papel y anéxela.

Si los asuntos de su queja están principalmente relacionados con salud o seguridad en la construcción, envíe el formulario lleno por correo electrónico o fax a:

- Michigan Department of Labor and Economic Opportunity  
Michigan Occupational Safety and Health Administration (MIOSHA) Construction Safety and Health Division  
P.O. Box 30645  
Lansing, MI 48909-8145  
TELÉFONO: (517) 284-7680  
FAX: (517) 284-7685

Si los asuntos de su queja están principalmente relacionados con salud o seguridad en la industria general, envíe el formulario lleno por correo electrónico o fax a:

- Michigan Department of Labor and Economic Opportunity  
Michigan Occupational Safety and Health Administration (MIOSHA) General Industry Safety and Health Division  
P.O. Box 30644  
Lansing, MI 48909-8144  
TELÉFONO: (517) 284-7750  
FAX: (517) 284-7755

NOTA: Es ilegal hacer declaraciones, manifestaciones o certificaciones falsas en cualquier documento presentado de conformidad con la Ley de Salud y Seguridad Ocupacional de Michigan de 1974, en su versión enmendada. Las violaciones pueden ser castigadas con una multa no mayor a \$ 10,000, o con prisión durante un período no mayor a seis meses, o con ambas (Sección 35 (7)).



Salud y Seguridad en la Industria General

Salud y Seguridad en la Construcción

### AVISO DE PRESUNTOS PELIGROS DE SALUD Y SEGURIDAD

Número de Queja: \_\_\_\_\_

Nombre del Establecimiento:			
Dirección del Sitio:			
(Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	Teléfono del Sitio:	Fax del Sitio:	
Dirección de Correo:			
(si es diferente a la del sitio)	Tel. del correo:	Fax del Correo:	
Funcionario Administrativo:		Teléfono:	
Tipo de Negocio:			

**DESCRIPCIÓN/UBICACIÓN DE PELIGRO.** Describa brevemente los peligros que cree que existen. Incluya el número aproximado de empleados expuestos o amenazados por cada peligro. Especifique el edificio o sitio de trabajo en particular donde existe la presunta violación.

¿Se han llevado estas condiciones a la atención de uno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Otra agencia gubernamental (especifique)
Por favor indique lo que desea:	<input type="checkbox"/> NO quiero que mi nombre se revele al empleador. <input type="checkbox"/> Quiero que se revele mi nombre al empleador.	
El abajo firmante cree que existe una violación de una norma de salud o seguridad ocupacional que es un peligro para la salud o seguridad laboral en el establecimiento mencionado en este formulario.	Marque UNA casilla. <input type="checkbox"/> Empleado actual <input type="checkbox"/> Comité Federal de Seguridad y Salud <input type="checkbox"/> Representante de empleados <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Exempleado, última fecha trabajada: mes:      día:      año:	
Nombre del Denunciante:		Teléfono:
Firma:		Fecha:
Si desea recibir una copia de los resultados de esta queja, por favor proporcione su dirección postal a continuación.		
Por favor, envíe por correo los resultados a esta dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		
Si usted es un representante autorizado de los empleados afectados por esta queja, por favor indique el nombre de la organización que representa y su cargo.		
Nombre de la Organización:		Su Cargo: