

Attachment M

Attachment M

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
U. S. Public Health Service  
Centers for Disease Control and Prevention  
National Institute for Occupational Safety and Health

Form Approved  
OMB No. 0920-0260  
Expires 20XX

Request for Health Hazard Evaluation (HHE) (Internet version available at: [www.cdc.gov/niosh/hheform.html](http://www.cdc.gov/niosh/hheform.html))  
Establishment Where Possible Hazard Exists

- 1 Company name: \_\_\_\_\_
- 2 Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_
- 3 What product or service is provided at this workplace? \_\_\_\_\_
- 4 Specify the particular work area, such as building or department where the possible hazard exists: \_\_\_\_\_
- 5 How many employees are exposed? \_\_\_\_\_ 6 Duration of exposure (hrs/day) \_\_\_\_\_
- 7 What are the occupations of the exposed employees; what is the process/task?  
a) Occupations: \_\_\_\_\_  
b) Process/task: \_\_\_\_\_
- 8 To your knowledge, has NIOSH, OSHA, MSHA, or any other government agency previously evaluated this workplace?  YES  NO
- 9 Is a similar request currently being filed with, or is the problem under investigation by any other local, state, or federal agency?  YES  NO
- 10 If either question 8 or 9 is answered yes, give the name and location of each agency: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11 Which company official is responsible for employee health and safety?  
Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_
- 12 How did you learn about the NIOSH HHE program?  Company representative  Co-worker  
 Union  Other employee representative  NIOSH Website  NIOSH 1-800 CDC INFO  News media  
(TV radio, newspaper, magazine)  Other (please list) \_\_\_\_\_

Description of the Possible Hazard or Problem

13 Please list all substances, agents, or work conditions that you believe may contribute to the possible health hazard. (Include chemical names, trade names, manufacturer or other identifying information, as appropriate.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14 In what physical form(s) do(es) the substance(s) exist?  Dust  Gas  Liquid  Mist  Other

15 How are the affected employees exposed (route of exposure)?  Breathing  Skin contact

Swallowing  Other (please list) \_\_\_\_\_

[Send completed form to address listed on the reverse side.]

This form is provided to assist in requesting a health hazard evaluation from the U.S. Department of Health and Human Services. Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 12 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to DHHS Reports Clearance Officer, Paperwork Reduction Project (0920-0102), Run 531, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201. (See Statement of Authority on reverse.)

16 What health problem(s) do employees have as a result of these exposures? (Please circle the one of most concern.) \_\_\_\_\_

17 Use the space below to supply any additional relevant information. \_\_\_\_\_

### Submitting the HHE Request

18 Requester's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

19 Type or print name: \_\_\_\_\_

20 Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

21 a) Business phone: \_\_\_\_\_ b) Home phone: \_\_\_\_\_ c) Best time of day to call: \_\_\_\_\_

d) E-mail address: \_\_\_\_\_

22 Check and complete only one of the following three boxes:

<input type="radio"/> I am a <b>current employee</b> of the employer, and an <b>authorized representative of two or more* other current employees in the workplace where the exposures are found. Two additional employee signatures are required for a valid request*</b>	<i>Please provide additional signatures</i> Signature: _____ Phone: _____ Email: _____  Signature: _____ Phone: _____ Email: _____
<i>*Additional signatures are not necessary if you are one of 3 or fewer employees in the affected workplace.</i>	

<input type="radio"/> I am an authorized representative of, or an officer of the <b>union</b> or other organization representing the employees for collective bargaining purposes.	<b>Name and address of this organization:</b> _____ _____
--	---

<input type="radio"/> I am an employer representative	<b>Title:</b> _____
---	------------------------

23 Please indicate your desire:

- I do not want my name revealed to the employer  
 My name may be revealed to the employer

SEND COMPLETED FORM TO:

**National Institute for Occupational Safety and Health  
Hazard Evaluations and Technical Assistance Branch  
4676 Columbia Parkway, Mail Stop R-9  
Cincinnati, Ohio 45226-1988**

**Phone: (513) 841-4382**

**FAX: (513) 841-4488**

STATEMENT OF AUTHORITY: Sections 20(a) (3-6) of the Occupational Safety and Health Act (29 USC 669(a)(6-9)), and Section 501(a)(11) of the federal Mine Safety and Health Act (30 USC 951(a)(11)). The identity of the requester will not be revealed if he or she so indicates on the form in accordance with the provisions of 42 CFR Part 85.7. The voluntary cooperation of the respondent requester is required to initiate the Health Hazard Evaluation.

**Petición para la realización de una Evaluación de los Peligros para la Salud (HHE, por sus siglas en inglés)  
Compañía en la que posiblemente existe el peligro**

- 1 Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_
- 2 Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_
- 3 ¿Qué tipo de producto o servicio se provee en este lugar de trabajo? \_\_\_\_\_
- 4 Especifique el área de trabajo (como el edificio o departamento) donde podría existir el peligro: \_\_\_\_\_
- 5 ¿Cuántos empleados podrían estar expuestos? \_\_\_\_\_
- 6 Duración de la posible exposición (¿Cuántas horas al día?) \_\_\_\_\_
- 7 ¿Cuál es la ocupación de los empleados que podrían estar expuestos?  
¿Qué trabajo (o tarea) hacen los empleados que podrían estar expuestos?: \_\_\_\_\_
- 8 ¿Sabe usted si esta compañía ya fue evaluada por OSHA (Administración de Salud y Seguridad Ocupacional), NIOSH, o MSHA (Administración de Salud y Seguridad Minera), o por cualquier otro instituto del gobierno?  
 Sí fue evaluada  No ha sido evaluada  No sé
- 9 ¿Se presenta actualmente una petición similar para la revisión de una agencia local, estatal, o federal? ¿El problema ya está siendo investigado por otra agencia local, estatal, o federal?  Sí  No
- 10 Si usted contestó "sí" a la pregunta 8 o 9, escriba el nombre y lugar de cada agencia. \_\_\_\_\_
- 11 ¿Cuál representante de su compañía es el responsable de la salud y seguridad de los empleados?  
Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_
- 12 ¿Cómo supo usted del programa de HHE de NIOSH?  Representante de la compañía  Compañero de trabajo  
 Sindicato  Otro representante de los empleados  Página de NIOSH en el Internet  Número 1-800 CDC INFO  
 Los medios de comunicación (la tele, la radio, el periódico, una revista)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Descripción del peligro o del problema**

- 13 Enumere todas las sustancias, los agentes, o las condiciones de trabajo que usted cree que contribuyen al problema de salud (Incluya los nombres de los productos químicos, nombres comerciales, nombres del fabricante, o cualquier otra información que puede identificar el peligro) \_\_\_\_\_
- 14 ¿En qué forma(s) física (s) existe la sustancia?  polvo  gas  líquido  vaho  otra
- 15 ¿Cómo están expuestos los empleados afectados? (rutas de exposición)  respiración  contacto por la piel  trago  otra

**[Mande el formulario completo a la dirección que está escrita al dorso]**

Se provee este formulario para la solicitud de una evaluación de peligros para la salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Se calcula que el tiempo que requiere el público para la completar esta información es 12 minutos para cada respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la información. Una agencia no debe ser la realizadora o patrocinadora, y una persona no tiene que responder a una solicitud de información a menos que ésta muestre un número válido y vigente de OMB. Mande sus comentarios sobre el cálculo de tiempo que le tomó completar esta forma o cualquier otro aspecto de la colección de esta información, incluyendo sugerencias para la reducción de este tiempo a DHHS Reports Clearance Officer, Paperwork Reduction Project (0920-0102), Room 531-H.H. Humphrey Bldg., 200 Independence Ave., SW: Washington, DC 20201

16 ¿Qué problemas de salud tienen los empleados como resultado de estas exposiciones? (Trace un círculo alrededor del problema que es la preocupación más grande.) \_\_\_\_\_

17 Use las líneas siguientes para proveer más información pertinente. \_\_\_\_\_

**Presentando la petición para que se realice la HHE**

18 Firma de la persona que hace la petición: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

19 Escriba su nombre con letras de imprenta: \_\_\_\_\_

20 Su dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

21 a) Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_ b) Teléfono en casa: \_\_\_\_\_

c) ¿Cuál es la mejor hora para llamarle a usted?: \_\_\_\_\_

d) Dirección de correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_

22 Marque y llene solamente una de las secciones siguientes (A, B, o C):

A  Estoy actualmente empleado por el dueño, y soy representante autorizado de dos o más empleados actuales que trabajan en el lugar donde están las exposiciones. Se necesitan dos firmas más para que una petición sea válida:

\*(No se necesitan más firmas si usted es uno de 3 o menos empleados en el lugar de trabajo afectado.)

**Firmas de otros empleados**  
Firma: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

B  Soy representante autorizado de, o un oficial del sindicato o otra organización que representa a los empleados para propósitos de negociaciones colectivas

Nombre y dirección de esta organización:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C  Soy representante del dueño.

23 Por favor indique su deseo:

No quiero que mi nombre sea revelado al dueño.

Se puede revelar mi nombre al dueño.

Mande este formulario a:

Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH)  
HETAB (Departamento de Evaluaciones de Peligros y Asistencia Técnica)  
4676 Columbia Parkway, MS R-9  
Cincinnati, OH 45226-1988

Teléfono: (513) 841-4382 Fax: (513) 841-4488

Declaración de autoridad: Las secciones 20(a)(3-6) del Acta de Salud y Seguridad Ocupacional (29 USC 669(a)(6-9)), y Sección 501(a)(11) del Acta Federal de Salud y Seguridad en la Minería (30 USC 951(a)(11)). La identidad de la persona que hace la petición no será revelada si él o ella indica en el formulario que no quiere que el nombre sea revelado, conforme a las provisiones de 42 CFR Parte 85.7. Se requiere la cooperación voluntaria de la persona que hace la petición para completar la evaluación del peligro para la salud (HHE).