



Occupational Safety & Health Administration

A to Z Index Contact Us FAQs What's New

For Workers For Employers Law & Regulations Data & Statistics Enforcement Training & Education News & Publications En Español

Menú Principal Presenta una Queja Hojas Informativas y Estadísticas Estatutos Regulaciones y Directivos Comité Asesor Contactos y Vínculos En inglés

FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

¡AVISO DE EMERGENCIA: No reporte una emergencia usando este formulario!

Para reportar una emergencia, fatalidad, o una situación de peligro inminente a la vida favor de llamar a nuestro número gratuito:

1-800-321-OSHA (6742)

TTY 1-877-889-5627

INTRODUCCIÓN E INSTRUCCIONES

La OSHA administra más de veinte leyes de protección a los denunciantes, incluyendo la Sección 11(c) de la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (Ley OSH por sus siglas en inglés), lo cual prohíbe represalias contra empleados que se quejan sobre condiciones inseguras o insalubres o que ejercen sus derechos bajo la Ley. Cada ley tiene un tiempo límite para presentar la queja, variando entre 30 días hasta 180 días, lo cual empieza cuando la acción de represalia ocurre.

Una queja de represalia tiene que alegar cuatro elementos claves:

- El empleado participó en una actividad protegida por la(s) ley(es) de protección a los denunciantes (por ejemplo, reportar una violación de la ley);
El empleador sabía sobre, o sospechó, que el empleado participó en la actividad protegida;
El empleador tomó una acción adversa contra el empleado;
La acción protegida del empleado motivó o contribuyó a la acción adversa del empleador.

No es obligatorio usar este formulario para presentar su queja, porque la OSHA acepta quejas de denunciantes presentadas de forma oral (por teléfono o en persona en cualquier oficina de la OSHA) o por escrito y en cualquier idioma. Si usted elije usar este formulario, tiene que completar los campos y los espacios que estén marcados como "requeridos"; todos los demás campos y espacios son opcionales.

Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para determinar si es apropiado llevar a cabo una investigación. Usted debe responder al contacto de seguimiento de la OSHA o su queja será descartada.

Una queja como denunciante presentada con la OSHA no puede ser presentada de manera anónima. Si la OSHA procede con su investigación, la OSHA notificará a su empleador de su queja y proveerá el empleador una oportunidad para responder. Por razón de que su queja puede ser compartida con su empleador, no incluya los nombres de testigos o sus datos de contacto en este formulario; usted tendrá la oportunidad de ofrecer pruebas en apoyo de su queja durante la investigación.

Si usted tiene preguntas sobre el proceso de presentación o de investigación de una queja, favor no dude en llamar a la OSHA al 1-800-321-OSHA (6742).

Si usted piensa que su trabajo es inseguro y quiere pedir una inspección, puede llamar al 1-800-321-OSHA (6742), o puede presentar una "Notificación de Alegación de Riesgos a la Seguridad o Salud" haciendo clic aquí.

¿Usted quiere presentar una queja electrónica como denunciante ahora?

Sí, quiero comenzar la queja electrónica como denunciante

No, quiero regresar al www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Este formulario requiere información personal lo cual es relevante y esencial para determinar si es apropiado llevar a cabo una investigación y la manera de hacerlo. La OSHA colecciona esta información para procesar quejas bajo su autoridad estatutaria y reglamentaria. Al registrar la queja, el nombre del individuo y la información sobre la presunta alegación será relevado al empleador. Durante el transcurso de la investigación de la OSHA, la información contenida en el archivo de la investigación podría ser relevada a las partes para poder resolver la queja. Durante la investigación, información sobre la parte denunciante y el empleador no será compartido con el público excepto en la medida permitida bajo La Ley de Libertad de Información (FOIA por sus siglas en inglés). Sin embargo, al cerrar el caso, es posible que la información contenida en la queja o en el expediente del caso pueda ser relevada al público como es requerido por la FOIA. Tales documentos serán redactados apropiadamente bajo la FOIA y La Ley de Privacidad.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

Según la Ley de Reducción de Papelería, no se permite que una Agencia maneje o patrocine, y no se le obliga a ninguna persona responder a una colección de información a menos que la colección muestra un número de control válido proporcionado por el OMB. Se le calcula que la carga de reportaje público para esta colección de información voluntaria será una hora por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos disponibles, reunir y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Favor de enviar comentarios acerca de esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta colección de información, incluso sugerencias para reducir esta carga al OSHA.DWPP@dol.gov o Directorio de Programas para Protección a los Denunciantes, Departamento del Trabajo, Espacio N4618, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210; Attn: Comentario sobre la Acta de Reducción de Papelería. (Esta dirección es para comentarios solamente; favor de no enviar formularios completados a esta oficina.)

OMB Approval # 1218-0236; Expires: xx-xx-xxx

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE
Frequently Asked Questions
Freedom of Information Act
Privacy & Security Statement
Disclaimers
Important Web Site Notices
Plug-ins Used by DOL
RSS Feeds from DOL
Accessibility Statement

LABOR DEPARTMENT
Español
Office of Inspector General
Subscribe to the DOL Newsletter
Read The DOL Newsletter
Emergency Accountability Status Link
A to Z Index

FEDERAL GOVERNMENT
White House
Affordable Care Act
Disaster Recovery Assistance
USA.gov
Plain Writing Act
Recovery Act
No Fear Act
U.S. Office of Special Counsel



Occupational Safety & Health Administration

FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

Instrucciones



Departamento del Trabajo de los EE UU Administración de Seguridad y Salud Ocupacional Aviso de queja como denunciante

OMB # 1218-0236

¿HA SUFRIDO USTED UNA "ACCIÓN ADVERSA?"

Para tener una queja válida, usted tiene que alegar que su empleador tomó por lo menos una "acción adversa" en su contra. Una acción es "adversa" si afecta su condiciones de empleo en cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas las opciones que apliquen:

- Despido o cese en el empleo
Medidas disciplinarias
Degradación / Reducción en horas
Suspensión
Denegación de beneficios
Denegación de ascenso de categoría laboral
Denegación de contratación o recontractación
Evaluación negativa
Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas
Acoso / Intimidación
Otro (por favor descríbelo)

No he sufrido ninguna acción adversa

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



Occupational Safety & Health Administration 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC 20210 800-321-6742 (OSHA) TTY www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE Frequently Asked Questions Freedom of Information Act Privacy & Security Statement Disclaimers Important Web Site Notices Plug-ins Used by DOL RSS Feeds from DOL Accessibility Statement

LABOR DEPARTMENT Español Office of Inspector General Subscribe to the DOL Newsletter Read The DOL Newsletter Emergency Accountability Status Link A to Z Index

FEDERAL GOVERNMENT White House Affordable Care Act Disaster Recovery Assistance USA.gov Plain Writing Act Recovery Act No Fear Act U.S. Office of Special Counsel

cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas las opciones que apliquen:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Despido o cese en el empleo | <input type="checkbox"/> Denegación de contratación o reconstratación |
| <input type="checkbox"/> Medidas disciplinarias | <input type="checkbox"/> Evaluación negativa |
| <input type="checkbox"/> Degradación / Reducción en horas | <input type="checkbox"/> Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas |
| <input type="checkbox"/> Suspensión | <input type="checkbox"/> Acoso / Intimidación |
| <input type="checkbox"/> Denegación de beneficios | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describelo) |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra"/> |

¿CUÁNDO SUFRIÓ USTED LA ACCIÓN ADVERSA DE EMPLEO MÁS RECIENTE?

Cada ley de protección a los denunciantes administrada por la OSHA requiere que las quejas sean presentadas dentro de un cierto número de días después de haber ocurrido la acción adversa alegada. Los periodos varían entre 30 días y 180 días, dependiendo en la ley específica que aplica. Por ejemplo, la Sección 11(c) de la Ley OSH, la cual cubre temas de seguridad y salud en el lugar de trabajo, requiere que una queja sea presentada dentro de 30 días de haber ocurrido la acción adversa. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias atenuantes, la OSHA puede aceptar una queja presentada después de haber expirado el tiempo límite. [Haga clic aquí](#) para un resumen de los tiempos límites que apliquen a cada estatuto.

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente: (Requerido)

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

www.whistleblowers.gov"/>

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)

[Freedom of Information Act](#)

[Privacy & Security Statement](#)

[Disclaimers](#)

[Important Web Site Notices](#)

[Plug-ins Used by DOL](#)

[RSS Feeds from DOL](#)

[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)

[Office of Inspector General](#)

[Subscribe to the DOL Newsletter](#)

[Read The DOL Newsletter](#)

[Emergency Accountability Status Link](#)

[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)

[Affordable Care Act](#)

[Disaster Recovery Assistance](#)

[USA.gov](#)

[Plain Writing Act](#)

[Recovery Act](#)

[No Fear Act](#)

[U.S. Office of Special Counsel](#)

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente. (Requerido)

04/15/2016

Conjunto

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCION(ES) ADVERSA(S) DE EMPLEO? (REQUISITO: TIENE QUE ELIGIR POR LO MENOS UNA)

Favor de elegir todas las que aplican:

- Llamé/presenté una queja frente a la OSHA
- Llamé/presenté una queja frente a otra agencia
- Me quejé con el empleador sobre condiciones, conducta, o prácticas ilegales
- Testifiqué o proveí una declaración en un procedimiento (ej., una inspección o investigación del gobierno)
- Debido a su grupo étnico, color, religión, sexo, edad, origen nacional, discapacidad, o información genética
- Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobretiempo, o requisitos de trabajo infantil
- Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato
- Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente
- Participé en actividades de seguridad y salud
- Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre
- Debido a otra razón (favor de describir)

Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- [Frequently Asked Questions](#)
- [Freedom of Information Act](#)
- [Privacy & Security Statement](#)
- [Disclaimers](#)
- [Important Web Site Notices](#)
- [Plug-ins Used by DOL](#)
- [RSS Feeds from DOL](#)
- [Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

- [Español](#)
- [Office of Inspector General](#)
- [Subscribe to the DOL Newsletter](#)
- [Read The DOL Newsletter](#)
- [Emergency Accountability Status Link](#)
- [A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

- [White House](#)
- [Affordable Care Act](#)
- [Disaster Recovery Assistance](#)
- [USA.gov](#)
- [Plain Writing Act](#)
- [Recovery Act](#)
- [No Fear Act](#)
- [U.S. Office of Special Counsel](#)

Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

¿CUANDO USTED SUFRIÓ LA ACCION ADVERSA, PARA QUIÉN TRABAJÓ?

Nombre de la compañía
(requerido)

Nombre de la compañía

¿Es un empleador del sector privado o público? (Requerido)

- Privado
 Público

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

[Career & Internships](#) | [Contact Us](#)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)
[Freedom of Information Act](#)
[Privacy & Security Statement](#)
[Disclaimers](#)
[Important Web Site Notices](#)
[Plug-ins Used by DOL](#)
[RSS Feeds from DOL](#)
[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)
[Office of Inspector General](#)
[Subscribe to the DOL Newsletter](#)
[Read The DOL Newsletter](#)
[Emergency Accountability Status Link](#)
[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)
[Affordable Care Act](#)
[Disaster Recovery Assistance](#)
[USA.gov](#)
[Plain Writing Act](#)
[Recovery Act](#)
[No Fear Act](#)
[U.S. Office of Special Counsel](#)

¿CUANDO USTED SUFRIÓ LA ACCION ADVERSA, PARA QUIÉN TRABAJÓ?

Nombre de la compañía (requerido)

¿Es un empleador del sector privado o público? (Requerido)

- Privado
 Público

¿CUÁNDO USTED SUFRIÓ LA ACCIÓN ADVERSA, DONDE ESTUVO SU SITIO DE TRABAJO?

(ej., oficina en casa, sitio/estación oficial de trabajo; despacho, terminal sede)

Dirección de sitio de trabajo cuando ocurrió la represalia (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):

Calle:

Ciudad:

Estado: (requerido)

Código Postal:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a \[www.whistleblowers.gov\]\(http://www.whistleblowers.gov\)](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

[Career & Internships](#) | [Contact Us](#)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)

[Freedom of Information Act](#)

[Privacy & Security Statement](#)

[Disclaimers](#)

[Important Web Site Notices](#)

[Plug-ins Used by DOL](#)

[RSS Feeds from DOL](#)

[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)

[Office of Inspector General](#)

[Subscribe to the DOL Newsletter](#)

[Read The DOL Newsletter](#)

[Emergency Accountability Status Link](#)

[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)

[Affordable Care Act](#)

[Disaster Recovery Assistance](#)

[USA.gov](#)

[Plain Writing Act](#)

[Recovery Act](#)

[No Fear Act](#)

[U.S. Office of Special Counsel](#)

Estado: (requerido)

Código Postal:

¿CÓMO PUEDE LA OSHA CONTACTAR A SU EMPLEADOR?

Nombre de empleador (si es diferente de "Nombre de compañía" arriba):

Nombre y título del gerente (para uso de contacto solamente)

Nombre:

Título:

Teléfono:

Nombre y Título de su Supervisor:

Nombre:

Título:

Dirección de envíos del empleador (si es diferente de la dirección del sitio de trabajo):

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono del Empleador: Alt Phone:

Fax del Empleador: Alt Fax:

Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)
[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)

Tipo de Negocio:

¿CÓMO PUEDE LA OSHA PONERSE EN CONTACTO CON USTED?

Nombre (Requerido): INICIAL

Dirección de Envíos (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (Requerido):

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Números de Teléfono (incluyendo código de área) (mínimo uno requerido):

Hogar:

Trabajo: Ext

Celular:

Teléfono no disponible

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto?

Nombre: INICIAL

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a \[www.whistleblowers.gov\]\(http://www.whistleblowers.gov\)](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)
[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

[Career & Internships](#) | [Contact Us](#)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)
[Freedom of Information Act](#)
[Privacy & Security Statement](#)
[Disclaimers](#)
[Important Web Site Notices](#)
[Plug-ins Used by DOL](#)
[RSS Feeds from DOL](#)
[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)
[Office of Inspector General](#)
[Subscribe to the DOL Newsletter](#)
[Read The DOL Newsletter](#)
[Emergency Accountability Status Link](#)
[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)
[Affordable Care Act](#)
[Disaster Recovery Assistance](#)
[USA.gov](#)
[Plain Writing Act](#)
[Recovery Act](#)
[No Fear Act](#)
[U.S. Office of Special Counsel](#)

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

REPRESENTANTE DESIGNADO

¿Tiene usted un representante autorizado/designado (ej. Abogado, representante sindical)?

- No
- Sí

¿Es usted el representante autorizado/designado (ej. Abogado, representante sindical) que está presentando la queja en nombre de el/la empleado/a?

- No
- Sí

En el caso afirmativo de uno u otro, favor de proporcionar sus datos de contacto para el representante autorizado/designado:

Nombre:

Título:

Nombre de Organización (si hay):

Afiliación de Sindicato (si hay):

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono (día): Ext:

Correo Electrónico:

En elegir esta opción, certifico que el/la empleado/a nombrado/a me ha autorizado de actuar como su representante para presentar esta queja.

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)
[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)

En elegir esta opción, certifico que el/la empleado/a nombrado/a me ha autorizado de actuar como su representante para presentar esta queja.

¿CÓMO USTED NOS ENCONTRÓ?

¿Cómo se enteró sobre los Programas de Protección a Los Denunciantes de la OSHA? (favor de elegir todas las que aplican)

- Sitio web del Departamento de Trabajo (www.dol.gov)
- Sitio web de La OSHA (www.osha.gov)
- Empleado de La OSHA
- Referido por otra organización o agencia
- Sindicato/Unión
- Compañero de trabajo
- Amigo o Familiar
- Motor de búsqueda (ej. Google)
- Artículo de Noticias
- Conferencia o Evento de Industria
- Otro

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)
[Freedom of Information Act](#)
[Privacy & Security Statement](#)
[Disclaimers](#)
[Important Web Site Notices](#)
[Plug-ins Used by DOL](#)
[RSS Feeds from DOL](#)
[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)
[Office of Inspector General](#)
[Subscribe to the DOL Newsletter](#)
[Read The DOL Newsletter](#)
[Emergency Accountability Status Link](#)
[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)
[Affordable Care Act](#)
[Disaster Recovery Assistance](#)
[USA.gov](#)
[Plain Writing Act](#)
[Recovery Act](#)
[No Fear Act](#)
[U.S. Office of Special Counsel](#)

- Empleado de La OSHA
- Referido por otra organización o agencia
Nombre de agencia/organizaciór
- Sindicato/Unión
- Compañero de trabajo
- Amigo o Familiar
- Motor de búsqueda (ej. Google)
- Artículo de Noticias
- Conferencia o Evento de Industria
- Otro
Favor de describirlo.

ENVÍO

Favor de revisar la información que usted ha ingresado para asegurar que está correcto. Usted puede cambiar cualquier respuesta como sea necesaria antes de enviar el formulario.

AVISO: Es ilegal hacer cualquier declaración materialmente falsa, ficticia, o fraudulenta a una agencia de los Estados Unidos. Las violaciones pueden ser castigadas con multa o con encarcelación de no más de cinco años, o ambos. Véase 18 U.S.C. 1001(a); 29 U.S.C. 666(g).

Al hacer clic abajo en "ENVIE", usted certifica que la información en esta queja es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento y creencia. Recuérdese que no se puede presentar una queja de denunciante con la OSHA en forma anónima. Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para conversar sobre la misma. Si la OSHA procede con la investigación, su empleador será notificado de su queja.

[ENVIE su queja a La OSHA](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)
[Freedom of Information Act](#)
[Privacy & Security Statement](#)
[Disclaimers](#)
[Important Web Site Notices](#)
[Plug-ins Used by DOL](#)
[RSS Feeds from DOL](#)
[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)
[Office of Inspector General](#)
[Subscribe to the DOL Newsletter](#)
[Read The DOL Newsletter](#)
[Emergency Accountability Status Link](#)
[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)
[Affordable Care Act](#)
[Disaster Recovery Assistance](#)
[USA.gov](#)
[Plain Writing Act](#)
[Recovery Act](#)
[No Fear Act](#)
[U.S. Office of Special Counsel](#)

Conferencia o Evento de Industria

Otro

Favor de describirlo.

ENVÍO

Favor de revisar la información que usted ha ingresado para asegurar que está correcto. Usted puede cambiar cualquier respuesta como sea necesaria antes de enviar el formulario.

AVISO: Es ilegal hacer cualquier declaración materialmente falsa, ficticia, o fraudulenta a una agencia de los Estados Unidos. Las violaciones pueden ser castigadas con multa o con encarcelación de no más de cinco años, o ambos. Véase 18 U.S.C. 1001(a); 29 U.S.C. 666(g).

Al hacer clic abajo en "ENVIE", usted certifica que la información en esta queja es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento y creencia. Recuérdese que no se puede presentar una queja de denunciante con la OSHA en forma anónima. Si usted presenta una queja, la OSHA se pondrá en contacto con usted para conversar sobre la misma. Si la OSHA procede con la investigación, su empleador será notificado de su queja.

[ENVIE su queja a La OSHA](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](#)

¡Queja Recibida!

¡ Gracias! A partir de May 2, 2016 2:06 PM US Eastern Time, usted ha presentado una queja como denunciante frente a La OSHA usando nuestro sistema electrónico de presentación.

Su número de referencia de envío de la queja es: ECN1234

Le sugerimos que usted imprima y guarde esta página para sus archivos.

[IMPRIMIR](#)

No es necesaria tomar ninguna acción adicional en este momento. Un representante de La OSHA se pondrá en contacto con usted usando la información de contacto que usted proveyó en su queja. Es muy importante que usted responda al contacto de seguimiento de la OSHA.

Agradecemos la oportunidad de estar a su servicio.

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

[Career & Internships](#) | [Contact Us](#)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)

[Freedom of Information Act](#)

[Privacy & Security Statement](#)

[Disclaimers](#)

[Important Web Site Notices](#)

[Plug-ins Used by DOL](#)

[RSS Feeds from DOL](#)

[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)

[Office of Inspector General](#)

[Subscribe to the DOL Newsletter](#)

[Read The DOL Newsletter](#)

[Emergency Accountability Status Link](#)

[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)

[Affordable Care Act](#)

[Disaster Recovery Assistance](#)

[USA.gov](#)

[Plain Writing Act](#)

[Recovery Act](#)

[No Fear Act](#)

[U.S. Office of Special Counsel](#)

Occupational Safety & Health Administration

[A to Z Index](#)
[Contact Us](#)
[FAQs](#)
[What's New](#)

[For Workers](#)
[For Employers](#)
[Law & Regulations](#)
[Data & Statistics](#)
[Enforcement](#)
[Training & Education](#)
[News & Publications](#)
[En Español](#)

[Menú Principal](#)
[Presenta una Queja](#)
[Hojas Informativas y Estadísticas](#)
[Estatutos](#)
[Regulaciones y Directivos](#)
[Comité Asesor](#)
[Contactos y Vínculos](#)
[En Inglés](#)

FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

[Instrucciones](#)



Departamento del Trabajo de los EE UU
 Administración de Seguridad y Salud Ocupacional
 Aviso de queja como denunciante

OMB # 1218-0236

¿HA SUFRIDO USTED UNA "ACCIÓN ADVERSA?"

Para tener una queja válida, usted tiene que alegar que su empleador tomó por lo menos una "acción adversa" en su contra. Una acción es "adversa" si afecta su condiciones de empleo en cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas

- Despido o cese en el empleo
- Medidas disciplinarias
- Degradación / Reducción en horas
- Suspensión
- Denegación de beneficios
- Denegación de ascenso de categoría labor

Las leyes de protección a los denunciantes de la OSHA solamente cubren empleados que han sufrido *una acción de empleo desfavorable*, también conocido como una *acción adversa*. Para presentar una queja como denunciante a la OSHA, usted tiene que alegar que ha sufrido algún tipo de acción adversa. Para aprender más sobre las leyes de protección a los denunciantes, regrésese a www.whistleblowers.gov, o llame al 1-800-321-OSHA para conversar con un representante de la OSHA.

No he sufrido ninguna acción adversa

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



FORMULARIO ELECTRÓNICO DE LA OSHA PARA PRESENTAR QUEJA COMO DENUNCIANTE

Instrucciones



Departamento del Trabajo de los EE UU Administración de Seguridad y Salud Ocupacional Aviso de queja como denunciante

OMB # 1218-0236

¿HA SUFRIDO USTED UNA "ACCIÓN ADVERSA?"

Para tener una queja válida, usted tiene que alegar que su empleador tomó por lo menos una "acción adversa" en su contra. Una acción es "adversa" si afecta su condiciones de empleo en cualquier manera negativa (véase los ejemplos abajo).

En el caso que sí, favor de seleccionar todas las opciones que apliquen:

- Despido o cese en el empleo
Medidas disciplinarias
Degradación / Reducción en horas
Suspensión
Denegación de beneficios
Denegación de ascenso de categoría lab
Denegación de contratación o recontratación
Evaluación negativa
Amenazas de tomar cualquiera de las acciones arriba mencionadas
Acoso / Intimidación

Si usted cancela y deja este formulario, la información que ha ingresado no será guardado. ¿Está usted seguro/a que quiere cancelar? Sí, Cancelar No, Regresar al formulario

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



NOTE: This functionality is the same for all "Cancel" Buttons that display on the form.

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente. (Requerido)

04/15/2016

Conjunto

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCION(ES) ADVERSA(S) DE EMPLEO? (REQUISITO: TIENE QUE ELIGIR POR LO MENOS UNA)

Favor de elegir todas las que aplican:

Atención

La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC por sus siglas en inglés) es responsable por administrar leyes federales que prohíben discriminación contra los empleados por razón de estos factores. Para aprender más sobre las leyes de EEOC, o para presentar una queja con La EEOC, visite www.eeoc.gov/spanish/ o llame al 1-800-669-4000.

- Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente
- Participé en actividades de seguridad y salud
- Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre
- Debido a otra razón (favor de describir)

Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

- Debido a su grupo étnico, color, religión, sexo, edad, origen nacional, discapacidad, o información genética
- Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobretiempo, o requisitos de trabajo infantil
- Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



**UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR**

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- Frequently Asked Questions
- Freedom of Information Act
- Privacy & Security Statement
- Disclaimers
- Important Web Site Notices
- Plug-ins Used by DOL
- RSS Feeds from DOL
- Accessibility Statement

LABOR DEPARTMENT

- Español
- Office of Inspector General
- Subscribe to the DOL Newsletter
- Read The DOL Newsletter
- Emergency Accountability Status Link
- A to Z Index

FEDERAL GOVERNMENT

- White House
- Affordable Care Act
- Disaster Recovery Assistance
- USA.gov
- Plain Writing Act
- Recovery Act
- No Fear Act
- U.S. Office of Special Counsel

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente. (Requerido)

04/15/2016

Conjunto

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCION(ES) ADVERSA(S) DE EMPLEO? (REQUISITO: TIENE QUE ELIGIR POR LO MENOS UNA)

Favor de elegir todas las que aplican:

- Llamé/presenté una queja frente a la OSHA
- Llamé/presenté una queja frente a otra agencia
- Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente
- Participé en actividades de seguridad y salud
- Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre
- Debido a otra razón (favor de describir)

Nombre de Agencia Contactada

Atención

La Sección de Horas y Sueldos (WHD por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo administra los requerimientos federales de sueldo mínimo, pago de sobretiempo, y requisitos de trabajo infantil de la Ley de Normas Justas de Trabajo 1-866-4-USWAGE (1-866-487-9243).

Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

- Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobretiempo, o requisitos de trabajo infantil
- Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- [Frequently Asked Questions](#)
- [Freedom of Information Act](#)
- [Privacy & Security Statement](#)
- [Disclaimers](#)
- [Important Web Site Notices](#)
- [Plug-ins Used by DOL](#)
- [RSS Feeds from DOL](#)
- [Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

- [Español](#)
- [Office of Inspector General](#)
- [Subscribe to the DOL Newsletter](#)
- [Read The DOL Newsletter](#)
- [Emergency Accountability Status Link](#)
- [A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

- [White House](#)
- [Affordable Care Act](#)
- [Disaster Recovery Assistance](#)
- [USA.gov](#)
- [Plain Writing Act](#)
- [Recovery Act](#)
- [No Fear Act](#)
- [U.S. Office of Special Counsel](#)

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente. (Requerido)

04/15/2016

Conjunto

(Si usted no puede recordar la fecha exacta, favor de poner una fecha aproximada.)

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCION(ES) ADVERSA(S) DE EMPLEO? (REQUISITO: TIENE QUE ELIGIR POR LO MENOS UNA)

Favor de elegir todas las que aplican:

- Llamé/presenté una queja frente a la OSHA
- Llamé/presenté una queja frente a otra agencia
- Reporté una lesión, una enfermedad, o un accidente
- Participé en actividades de seguridad y salud
- Me negué a realizar una tarea insegura o insalubre
- Debido a otra razón (favor de describir)

Nombre de Agencia Contactada

Atención

La Junta Nacional de Relaciones del Trabajo (NLRB por sus siglas en inglés) protege los derechos de la mayoría de los empleados del sector privado de unirse, con o sin sindicato (unión), para mejorar sus sueldos y condiciones de trabajo. Para aprender más sobre las leyes del NLRB, o para presentar un caso con el NLRB, visite www.nlr.gov/espanol o llame al 1-866-667-NLRB (6572).

Favor de describir porque usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

- Debido a que usted participó en, o intentó participar en, acción colectiva o de sindicato

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- [Frequently Asked Questions](#)
- [Freedom of Information Act](#)
- [Privacy & Security Statement](#)
- [Disclaimers](#)
- [Important Web Site Notices](#)
- [Plug-ins Used by DOL](#)
- [RSS Feeds from DOL](#)
- [Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

- [Español](#)
- [Office of Inspector General](#)
- [Subscribe to the DOL Newsletter](#)
- [Read The DOL Newsletter](#)
- [Emergency Accountability Status Link](#)
- [A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

- [White House](#)
- [Affordable Care Act](#)
- [Disaster Recovery Assistance](#)
- [USA.gov](#)
- [Plain Writing Act](#)
- [Recovery Act](#)
- [No Fear Act](#)
- [U.S. Office of Special Counsel](#)

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o sus datos de contacto

¿CUANDO USTED SUFRIÓ LA ACCION ADVERSA, PARA QUIÉN TRABAJÓ?

Nombre de la compañía
(requerido)

Hoopla, Inc.

¿Es un empleador del sector privado o público? (Requerido)

- Privado
- Público
- Federal
- Estatal, del condado, municipal, o territorial

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR

[Career & Internships](#) | [Contact Us](#)



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

[Frequently Asked Questions](#)

[Freedom of Information Act](#)

[Privacy & Security Statement](#)

[Disclaimers](#)

[Important Web Site Notices](#)

[Plug-ins Used by DOL](#)

[RSS Feeds from DOL](#)

[Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

[Español](#)

[Office of Inspector General](#)

[Subscribe to the DOL Newsletter](#)

[Read The DOL Newsletter](#)

[Emergency Accountability Status Link](#)

[A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

[White House](#)

[Affordable Care Act](#)

[Disaster Recovery Assistance](#)

[USA.gov](#)

[Plain Writing Act](#)

[Recovery Act](#)

[No Fear Act](#)

[U.S. Office of Special Counsel](#)

información genética

Debido a que usted se quejó sobre los salarios, horas de sobretiempo, o requisitos de trabajo infantil

Debido a que usted participó en, o intentó

¿Cuáles razones le dio su empleador por las...
Favor de describir por qué usted cree que h...

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber a...
Favor de no incluir nombres de testigos o s...

Nombre de la compañía (requerido) ¿Es un emplead...

Privado

Público

Federal

Estatal, del condado, municipal, o territorial

Atención

La cobertura de empleados federales varía por estatuto. Con la excepción de empleados del Servicio Postal de los EE. UU., la Ley OSH no cubre presuntas represalias de empleados federales. Sin embargo, todas las agencias federales tienen que establecer procedimientos para asegurar que ningún empleado sufre una represalia por reportar condiciones de trabajo inseguros o insalubres, o por participar en actividades de seguridad y salud. Empleados federales quienes creen que han sufrido represalias por reportar peligros de seguridad o salud ocupacional, o un peligro substancial y específico a la salud o seguridad pública, pueden presentar una queja con la Oficina de *Special Counsel*. Visite www.osc.gov para más información.

Empleados federales quienes también deseen reportar riesgos de seguridad o salud deben ponerse en contacto con sus Oficiales de Seguridad y Salud Designados por la Agencia (DASHO por sus siglas en inglés). Véase 29 C.F.R. 1960.6 para más información relacionada con los DASHO. Para obtener ayuda con la presentación de una queja con un DASHO, los empleados federales pueden contactar a la Oficina de Programas de Agencias Federales de la OSHA. Para información de contacto, visite www.osha.gov/dep/enforcement/dep_offices.html. *Favor de tomar en cuenta que el reportar un presunto riesgo a la seguridad y salud a un DASHO no substituye el requerimiento de presentar una queja de represalia ante La Oficina de 'Special Counsel.'*

Los empleados federales pueden ser cubiertos bajo provisiones de protección a los denunciantes exceptuando La Ley de OSH, incluyendo (pero no limitado a) la Ley de Aire Limpio, la Ley de Seguridad del Sistema de Tránsito Nacional, y la Ley Federal de Seguridad Ferroviaria. [Haga Clic aquí](#) por un resumen de cuales estatutos de protección a los denunciantes cubren a empleados federales. Si usted es un empleado del gobierno federal y no está seguro/a si su queja es cubierta, llame al 1-800-321-OSHA (6742) para asistencia, o visite www.whistleblowers.gov.

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov)

[DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD](#)
[DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA](#)

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



**UNITED STATES
DEPARTMENT OF LABOR**

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
☎ 800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- [Frequently Asked Questions](#)
- [Freedom of Information Act](#)
- [Privacy & Security Statement](#)
- [Disclaimers](#)
- [Important Web Site Notices](#)
- [Plug-ins Used by DOL](#)
- [RSS Feeds from DOL](#)
- [Accessibility Statement](#)

LABOR DEPARTMENT

- [Español](#)
- [Office of Inspector General](#)
- [Subscribe to the DOL Newsletter](#)
- [Read The DOL Newsletter](#)
- [Emergency Accountability Status Link](#)
- [A to Z Index](#)

FEDERAL GOVERNMENT

- [White House](#)
- [Affordable Care Act](#)
- [Disaster Recovery Assistance](#)
- [USA.gov](#)
- [Plain Writing Act](#)
- [Recovery Act](#)
- [No Fear Act](#)
- [U.S. Office of Special Counsel](#)

¿Cuáles razones le dio su empleador por las acciones adversas?

Favor de describir por qué usted cree que ha sufrido la(s) acción(es) adversa(s)

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió?

Favor de no incluir nombres de testigos o s

Atención

La cobertura de empleados no federales varía por estatuto. Por ejemplo, empleados estatales, de condados, y municipales no son cubiertos bajo la Ley de Seguridad y Salud Ocupacional (Ley OSH por sus siglas en inglés), pero algunas entidades de tribus reconocidas al nivel federal pueden ser cubiertas en ciertas circunstancias. Empleados no federales del sector público también pueden ser cubiertos en estados que operan sus propios programas de seguridad y salud ocupacional aprobados por la OSHA. Para información sobre los 26 estados con planes estatales aprobados por al OSHA, llame al 1 800-321-OSHA (6742) o visite www.osha.gov/dcsp/osp/index.html.

Empleados no federales del sector público pueden ser cubiertos bajo provisiones de protección a los denunciantes exceptuando La Ley de OSH, incluyendo (pero no limitado a) la Ley de Aire Limpio, la Ley de Seguridad del Sistema de Tránsito Nacional, y la Ley Federal de Seguridad Ferroviaria. Haga Clic aquí por un resumen de cuales estatutos de protección a los denunciantes cubren a empleados no federales del sector público. Si usted es un empleado no federal del sector público y no está seguro/a si su queja es cubierta, llame al 1-800-321-OSHA (6742) para asistencia, o visite www.whistleblowers.gov.

Nombre de la compañía (requerido) Hoopla, Inc.

¿Es un emplead

- Privado
- Público
- Federal
- Estatal, del condado, municipal, o territorial

Continuar al siguiente campo

Cancelar, regresar a www.whistleblowers.gov

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELERÍA

OSHA 8-60.1. (Rev.xx/16)



UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

Career & Internships | Contact Us



Occupational Safety & Health Administration
200 Constitution Ave., NW,
Washington, DC 20210
800-321-6742 (OSHA)
TTY
www.OSHA.gov

ABOUT THE SITE

- Frequently Asked Questions
- Freedom of Information Act
- Privacy & Security Statement
- Disclaimers
- Important Web Site Notices
- Plug-ins Used by DOL
- RSS Feeds from DOL
- Accessibility Statement

LABOR DEPARTMENT

- Español
- Office of Inspector General
- Subscribe to the DOL Newsletter
- Read The DOL Newsletter
- Emergency Accountability Status Link
- A to Z Index

FEDERAL GOVERNMENT

- White House
- Affordable Care Act
- Disaster Recovery Assistance
- USA.gov
- Plain Writing Act
- Recovery Act
- No Fear Act
- U.S. Office of Special Counsel