**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

[f](#) [t](#) [i](#) [r](#) [e](#)

Find it in OSHA

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 las que apliquen:

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

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](http://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 \[www.whistleblowers.gov\]\(http://www.whistleblowers.gov\)](#)

[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](#)

[f](#) [t](#) [i](#) [r](#) [e](#) [+](#) [in](#) [d](#) [e](#)



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 las opciones que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Despido o cese en el empleo                | <input type="checkbox"/> Denegación de contratación o reconstrucción                     |
| <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"/> Denegación de ascenso de categoría laboral |  |

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](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)



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)

04/01/2016

Conjunto

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

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCIÓN(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/](http://www.eeoc.gov/spanish/) o llame al 1-800-669-4000.

- ☒ 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

- ☐ 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)

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



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

04/01/2016

Conjunto

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

¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCIÓN(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

Nombre de Agencia Contactada

☐ 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)

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](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



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

04/01/2016

Conjunto

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

## ¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCIÓN(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

Nombre de Agencia Contactada

☐ 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)

### 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.nlrb.gov/espanol](http://www.nlrb.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](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



Nombre de Agencia Contactada

- ☐ 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

☐ Me negue 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

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

Nombre de la compañía  
(requerido)

Nombre de la compañía

Este campo es obligatorio.

¿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](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



Nombre de Agencia Contactada

☐ 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

¿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...

☐ Me negue 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)

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](http://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](http://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](http://www.whistleblowers.gov).

Nombre de la compañía (requerido)

Nombre de l

¿Es un emplead

☐ Privado

☒ Público

☐ Federal

☐ Estatal, del condado, municipal, o territorial

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

Nombre de Agencia Contactada

☐ 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 sobre tiempo, 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 supervisores

Nombre de la compañía (requerido)

Nombre de la compañía

¿Es un empleado?

☐ Privado

☒ Público

☐ Federal

☒ Estatal, del condado, municipal, o territorial

me niegue 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)

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 la OSHA, llame al 1 800-321-OSHA (6742) o visite [www.osha.gov/dcsp/osp/index.html](http://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](http://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

