



Idioma ▾

## Formulario de Queja de OSHA en línea


Aviso de seguridad alegado o Riesgos para la salud

### AVISO DE EMERGENCIA

**No informe de una emergencia mediante este formulario o por correo electrónico!**

Para reportar una emergencia, fatalidad, o una situación que amenaza la vida inminente favor contacte a nuestro número de teléfono gratuito de inmediato:

1-800-321-OSHA  (6742)

TTY 1-877-889-5627 

Por favor, complete las secciones 1 a 19, pero [LEA ESTO PRIMERO](#) . Los productos señalados con un asterisco ( \* ) son necesarios con el fin de aceptar su presentación.

#### \* 1. Nombre Establecimiento:

**Nota:** Con el fin de que OSHA procese totalmente su queja, la información completa y precisa sobre el lugar de trabajo es necesario.

#### \* 2. Calle del sitio:

#### \* 3. Sitio Ciudad:

\* Estado 4. Sitio:      Selecciona un estado

#### \* Código postal 5. Sitio:

#### 6. Dirección postal (si es diferente):

---

**7. Oficial de Gestión:**

---

**8. Número de teléfono:**

---

**9. Tipo de actividad:**

---

**\* 10. Descripción de los riesgos.**

Se describen brevemente los peligros (s) que usted cree exist. Incluye el número aproximado de empleados expuestos a o amenazados por cada peligro:

---

**\* 11. Peligro Ubicación.**

Especificar el edificio o lugar de trabajo específico, donde existe la supuesta violación:

---

**12. Esta condición se ha señalado a la atención de: ( Elija todo lo que corresponda )**

Empleador

Otra agencia del gobierno ( *especificar* )

---

**\* 13. Soy (n):**

Ex empleado

Empleado actual

Comité de Seguridad y Salud federal y

Representante de los empleados

Otros: ( *especificar* )

---

La [Ley OSH](#) otorga a los querellantes el derecho de solicitar que sus nombres no serán revelados a su empleador. Proporcionando su nombre y dirección, sólo se permitirá al personal de OSHA para comunicarse con usted en relación con su queja.

**14. Por favor indique su deseo:**

No **NO** revelar mi nombre a mi empleador

Mi nombre puede ser revelado a mi empleador

**\* 15. Nombre Demandante:**

*This constitutes my electronic signature.*

(If this box is checked, this submission shall be considered as an authorized written signature.)

**Número 16. \* Demandante Teléfono:**

**17. Demandante Dirección postal**

**Calle:**

**Ciudad:**

**Estado:** Selecciona un estado

**Código postal:**

**\* 18. Demandante E-Mail:**

**19.** Si usted es un representante autorizado de los empleados afectados por esta queja, por favor incluya el nombre de la organización que usted representa y su título:

**Nombre de la Organización:**

**Tu título:**

ENVIAR

Forma clara

**Castigo por declaraciones ilegales**

Reclamantes potenciales también deben tener en cuenta que es ilegal hacer cualquier declaración falsa, representación o certificación de ninguna queja. Violaciones pueden ser castigados bajo [la Sección 17 \(g\)](#) de la Ley OSH con una multa de no más de \$ 10.000, o con prisión de no más de 6 meses, o por ambos.

La carga pública para esta colección voluntaria de información se estima que varían de 15 a 25 minutos por respuesta, con un promedio de 17 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y las personas que no están obligados a responder a la recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. Enviar comentario con respecto a esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga a la Dirección de Control de Programas, Departamento de Trabajo, Oficina N-3119, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC; 20210.

*Aprobación OMB # 1218-0064; Expira: 08/31/2017*

**NO Envíe el formulario completo a esta oficina.**



## ESTADOS UNIDOS DEPARTAMENTO DE TRABAJO

Administración de Seguridad y Salud Ocupacional  
200 Constitution Avenue, NW,  
Washington, DC 20210  
☐ 800-321-6742  (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

### GOBIERNO FEDERAL

[casa Blanca](#)  
[Ley de Asistencia Asequible](#)  
[Asistencia para la recuperación de desastres](#)  
[USA.gov](#)  
[Disability.gov](#)  
[Ley de Escritura Sencilla](#)  
[Ley de recuperación](#)  
[Sin Miedo Ley](#)  
[Oficina del Consejero Especial de EE.UU.](#)

### SEGURIDAD Y SALUD

[preguntas frecuentes](#)  
[A - Z Índice](#)  
[Acta de Libertad de Información](#)  
[Lea el Boletín OSHA](#)  
[Suscribirse a la Newsletter OSHA](#)  
[Publicaciones de OSHA](#)  
[Oficina del Inspector General](#)

### ACERCA DEL SITIO

[Acta de Libertad de Información](#)  
[Declaración de Privacidad y Seguridad](#)  
[renuncias](#)  
[Anuncios importantes del sitio Web](#)  
[Plug-ins usados ??por el DOL](#)  
[Fuentes RSS del DOL](#)  
[Declaración de accesibilidad](#)