

Attachment C:

Health Hazard Evaluation (HHE) Request Form – English and Spanish Versions

Request for a Health Hazard Evaluation

Form Approved
OMB No. 0920-0260
Exp. xx/xx/20xx

This form also is available at <http://www.cdc.gov/niosh/hhe/hheform.html>

Workplace Name _____

Workplace Address _____
Street City State Zip Code

What type of work is done **at this location**? _____

How many people work **at this location**?

☒ 3 or less ☐ 4-9 ☐ 10-49 ☐ 50-99 ☐ 100-249 ☐ 250 or more

Who is responsible for employee health and safety in this workplace?

Name _____ Title _____ Phone number _____

What hazardous substances, agents, or work conditions are of concern? If known, please include chemical names, trade names, manufacturer name, or other identifying information.

What health concerns do people in this work area have?

In what work area, such as a building or department, is the hazard? _____

How many people work **in this area**? ☐ 3 or less ☐ 4-9 ☐ 10-49 ☐ 50-99 ☐ 100-249 ☐ 250 or more

Describe the work people do in this area.

Information about you

Name (please print): _____

Address where we can send you information? _____
Street City State Zip Code

Phone number where you would like to be called: (____) _____

Best time to call: _____ ☐ a.m. or ☐ p.m.

Email address where you would like to be contacted: _____

Can NIOSH reveal your name to your employer? ☐ No ☐ Yes

Please check one:

- ☐ I am a current employee and 3 or fewer employees are exposed to the hazard.
☐ I am a current employee and more than 3 employees are exposed to the hazard.

If you check this box, two other employees need to sign this form and provide their contact information.

Second employee

Name (Please print): _____

Address where we can send you information? _____
Street City State Zip Code

Phone number where you would like to be called: (____) _____

Best time to call: _____ ☐ a.m. or ☐ p.m.

Email address where you would like to be contacted: _____

Can NIOSH reveal your name to your employer? ☐ No ☒ Yes

Third Employee

Name (Please print): _____

Address where we can send you information? _____
Street City State Zip Code

Phone number where you would like to be called: (____) _____

Best time to call: _____ ☐ a.m. or ☐ p.m.

Email address where you would like to be contacted: _____

Can NIOSH reveal your name to your employer? ☐ No ☒ Yes

Complete this section if you are a union representative

Name of union: _____

Address: _____
Street City State Zip Code

What is your position in the union? _____

Complete this section if you are an employer representative

Name: _____

What is your position in the company, agency, or organization? _____

For everyone

Has another government agency evaluated this workplace? ☐ ☒ Yes ☒ Do not know

No If yes:

What agency? _____

What year was the evaluation done? _____

☐ Check here if this evaluation is underway now

Is a request for the hazard being filed with another agency? ☐ ☒ Yes ☒ Do not know

No If yes:

What agency? _____

How did you learn about the NIOSH Health Hazard Evaluation Program?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ NIOSH website | ☐ Facebook | ☐ Other website (Explain : _____) | |
| ☐ CDC 1-800 number | ☐ Union | ☐ Coworkers | ☐ Company official |
| ☐ Trade/industry/union magazine or newsletter | ☐ Other (Explain : _____) | | |

To submit this form by email, save the completed form to your computer and send it as an email attachment to HHRequestHelp@cdc.gov.

To submit this form by fax, send it to (513) 841-4488.

To submit this form by mail, send it to: National Institute for Occupational Safety and Health
1090 Tusculum Ave, MS R-9
Cincinnati, Ohio 45226-1998

Thank you for submitting this form. You will get a response from us within 10 days.

Solicitud de evaluación de riesgos para la salud

Formulario aprobado

OMB N.º 0920-0102

Exp. xx/xx/20xx

Este formulario también se encuentra disponible en <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/hhe/hhe-reqform.html>

Nombre del lugar de trabajo _____

Dirección del lugar de trabajo _____
Calle Ciudad Estado Código postal

¿Qué clase de trabajo se realiza en este sitio? _____

¿Cuántas personas trabajan en este sitio?

☐ 3 o menos ☐ 4-9 ☐ 10-49 ☐ 50-99 ☐ 100-249 ☐ 250 o más

¿Quién es el responsable de la salud y seguridad de los trabajadores en este lugar de trabajo?

Nombre _____ Cargo _____

_____ Número de

teléfono _____

¿Cuáles sustancias peligrosas, agentes o condiciones del trabajo son motivo de preocupación? Si lo sabe, por favor incluya los nombres de las sustancias químicas, nombres comerciales, nombre del fabricante u otros datos de identificación. _____

¿Qué preocupaciones de salud tienen las personas en esta área de trabajo?

¿En qué área del trabajo, como un edificio o departamento, está el peligro?

¿Cuántas personas trabajan en este sitio?

☐ 3 o menos ☐ 4-9 ☐ 10-49 ☐ 50-99 ☐ 100-249 ☐ 250 o más

Describa el tipo de trabajo que se hace en esta área:

Información personal

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

(Por favor seleccione uno):

☐ Soy un empleado actualmente y 3 o menos trabajadores están expuestos al peligro.

☐ Soy un empleado actualmente y más de 3 trabajadores están expuestos al peligro.

Si selecciona esta casilla, otros 2 trabajadores deberán firmar este formulario y suministrar su información para contactarlos.

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 12 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, y sus sugerencias para reducir el tiempo necesario a la dirección CDC/ATSDR

Segundo empleado

Nombre (en letra de imprenta) _____

Firma: _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

¿Puede NIOSH revelar su nombre a sus empleadores? O No O Sí

Tercer empleado

Nombre (en letra de imprenta) _____

Firma: _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número telefónico al que desea que lo llamen: (____) _____

Mejor hora para llamar: _____ a.m. o p.m.

Correo electrónico donde lo pueden contactar: _____

¿Puede NIOSH revelar su nombre a sus empleadores? O No O Sí

Complete esta sección si usted es representante del sindicato

Nombre del sindicato: _____

Dirección _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Su cargo en el sindicato: _____

Complete esta sección si usted representa al empleador

Nombre: _____

¿Cuál es su cargo en la empresa, agencia u organización? _____

Para todos

¿Alguna otra agencia del gobierno ha evaluado este lugar de trabajo? O No O Sí O No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

¿En qué año se hizo la evaluación? _____

O Marque esta casilla si esta evaluación se está realizando ahora

¿Es un pedido para el reporte sobre peligros presentado a otra agencia? O No O Sí O No sé

Si la respuesta es sí:

¿Cuál agencia? _____

¿Cómo se enteró del Programa de Evaluación de Peligros para la Salud (HHE) de NIOSH?

O sitio de internet de NIOSH O Facebook O Otro sitio de Internet (explique: _____)

O línea telefónica de información de CDC O Sindicato O Compañeros de trabajo O Funcionario de la compañía O Revista o boletín del gremio/industria/sindicato O Otro (explique: _____)

Si tiene preguntas acerca de este formulario, llámenos al (513) 841-4382 o envíenos un correo electrónico a HHRequestHelp@cdc.gov

Para enviar este formulario por fax, marque el (513) 841-4488.

Para enviar este formulario por correo, diríjalo a: National Institute for Occupational Safety and Health
1090 Tusculum Avenue, MS R-9
Cincinnati, Ohio 45226-1998

Gracias por enviar este formulario. Le daremos una respuesta dentro de 10 días.