



Occupational Safety and Health Administration

[CONTACT US](#) [FAQ](#) [A TO Z INDEX](#) [ENGLISH](#) [ESPAÑOL](#)

OSHA ▾ STANDARDS ▾ TOPICS ▾ HELP AND RESOURCES ▾

Quiero regresar al [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov) / Formulario Electrónico de la OSHA Para Presentar Queja Como Denunciante

[View this page in English](#)

## 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 elige 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) o ponerse con su oficina local de OSHA.

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](http://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 colecta 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.DWFP@dol.gov](mailto:OSHA.DWFP@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 # 1216-0236; Expires: 03-31-2020

OSHA 8-60.1 (Rev 06/17)

 <b>UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR</b>	<b>FEDERAL GOVERNMENT</b> White House Severe Storm and Flood Recovery Assistance Disaster Recovery Assistance <a href="http://DisasterAssistance.gov">DisasterAssistance.gov</a> USA.gov No Fear Act Data U.S. Office of Special Counsel	<b>OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH</b> Frequently Asked Questions A - Z Index Freedom of Information Act Read the OSHA Newsletter Subscribe to the OSHA Newsletter OSHA Publications Office of Inspector General	<b>ABOUT THE SITE</b> Freedom of Information Act Privacy & Security Statement Disclaimers Important Website Notices Plug-Ins Used by DOL Accessibility Statement
--	---	--	--



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR



Occupational Safety and Health Administration

[CONTACT US](#) [FAQ](#) [A TO Z INDEX](#) [ENGLISH](#) [ESPAÑOL](#)

[OSHA](#) [STANDARDS](#) [TOPICS](#) [HELP AND RESOURCES](#)

Quiero regresar al [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov) / Formulario Electrónico de la OSHA Para Presentar Queja Como Denunciante

[View this page in English](#)

## 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?"

**Por lo menos, se requiere una selección**

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 recontractación                    |
| <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 (describa por favor)                                       |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra a"/>                         |

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

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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

#### FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

#### ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



Occupational Safety and Health Administration

[CONTACT US](#) [FAQ](#) [A TO Z INDEX](#) [ENGLISH](#) [ESPAÑOL](#)

OSHA ▾ STANDARDS ▾ TOPICS ▾ HELP AND RESOURCES ▾

Quiero regresar al [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov) / Formulario Electrónico de la OSHA Para Presentar Queja Como Denunciante

[View this page in English](#)

## 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?"

**Por lo menos, se requiere una selección**

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 recontractación                    |
| <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 (describa por favor)                                       |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra a"/>                         |

**Marque por lo menos una casilla en la lista para continuar.**

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

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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.05/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave. NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR



Occupational Safety and Health Administration

[CONTACT US](#) [FAQ](#) [A TO Z INDEX](#) [ENGLISH](#) [ESPAÑOL](#)

OSHA ▾ STANDARDS ▾ TOPICS ▾ HELP AND RESOURCES ▾

Quiero regresar al [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov) / Formulario Electrónico de la OSHA Para Presentar Queja Como Denunciante

[View this page in English](#)

## 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?"

**Por lo menos, se requiere una selección**

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 recontratación                              |
| <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 checked="" type="checkbox"/> Otro (describe por favor)                                     |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra z"/> <b>Otro (describe por favor)</b> |

**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

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 colecta 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 muestre 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](mailto:OSHA.DWPP@dol.gov) o Directorio de Programas para Protección a los Denunciante, 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev 06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
☎ 800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

#### FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
[DisasterAssistance.gov](http://DisasterAssistance.gov)  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

#### ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



Quiero regresar al [www.whistleblowers.gov](http://www.whistleblowers.gov) / Formulario Electrónico de la OSHA Para Presentar Queja Como Denunciante

[View this page in English](#)

## 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?"

**Por lo menos, se requiere una selección**

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 todo lo que aplique:

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

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

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 colecta 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



#### FEDERAL GOVERNMENT

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

#### ABOUT THE SITE



Para tener una queja válida, usted debe que alegar que su empleador actuó 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 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 (describa por favor)                                       |
| <input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral | <input type="text" value="favor de describir cualquier otra a"/>                         |

**¿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.)

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

<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 (describa por favor)
<input type="checkbox"/> Denegación de ascenso de categoría laboral	<input type="text" value="favor de describir cualquier otra e"/>

**¿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)**

**Favor de ingresar una fecha en este campo**

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

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



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

02/03/2020

(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? (Al menos una necesaria)**

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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobre tiempo, mantenimiento de registros salarios, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para los trabajadores en ciertos programas de trabajadores temporales
- Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales
- 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

#### 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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

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

#### FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

#### ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente: **(Requerido)**  
   
 (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? (Al menos una necesaria)**

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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobre tiempo, mantenimiento de registros salarios, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para las trabajadoras en ciertos programas de trabajadores temporales
- Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales
- 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)  
  
 0 / 1000

**Marque por lo menos una casilla en la lista para continuar.**

¿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)  
  
 0 / 1000

¿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  
  
 0 / 1000

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev 06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
 White House  
 Severe Storm and Flood Recovery Assistance  
 Disaster Recovery Assistance  
 DisasterAssistance.gov  
 USA.gov  
 No Fear Act Data  
 U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
 Frequently Asked Questions  
 A - Z Index  
 Freedom of Information Act  
 Read the OSHA Newsletter  
 Subscribe to the OSHA Newsletter  
 OSHA Publications  
 Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
 Freedom of Information Act  
 Privacy & Security Statement  
 Disclaimers  
 Important Website Notices  
 Plug-Ins Used by DOL  
 Accessibility Statement



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

02/03/2020 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? (Al menos una necesaria)**

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 **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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobretiempo, mantenimiento de registros salariales, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para los trabajadores en ciertos programas de trabajadores temporales
- Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales
- 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)

0 / 1000

¿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)

0 / 1000

¿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

0 / 1000

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev 06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

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

02/03/2020

(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? (Al menos una necesaria)**

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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobretiempo, mantenimiento de registros salariales, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para los trabajadores en ciertos programas de trabajadores temporales
- Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales
- 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)

**Debido a otra razón** 0 / 1000

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

¿Hay algo más que le gustaría OSHA saber acerca de lo que sucedió? 0 / 1000

0 / 1000

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

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

FEDERAL GOVERNMENT  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

ABOUT THE SITE  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

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

02/03/2020

(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? (Al menos una necesaria)**

**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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobretiempo, mantenimiento de registros salarios, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para las trabajadoras en ciertos programas de trabajadores temporales

- Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales
- 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)

0 / 1000

¿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)

0 / 1000

¿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

0 / 1000

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
[DisasterAssistance.gov](http://DisasterAssistance.gov)

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL



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

02/03/2020

(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? (Al menos una necesaria)**

Favor de elegir todas las que aplican:

I llamé/representé una queja frente a la OSHA.

Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales

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)

0 / 1000

Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para las trabajadoras en ciertos programas de trabajadores temporales

¿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)

0 / 1000

¿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

0 / 1000

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



Fecha de la acción de empleo desfavorable más reciente: **(Requerido)**  
   
 (Si usted no puede recordar la fecha exacta, seleccione "Conjunto")

**¿POR QUÉ CREE USTED QUE HA SUFRIDO LA(S) ACCIÓN(ES) ADVERSA(S)?**

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 raza, color, religión, sexo (incluyendo el embarazado, identidad del género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética
- Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobretiempos, mantenimiento de registros salariales, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica
- Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para los trabajadores en ciertos programas de trabajadores temporales

Debido a su participación en actividades conjuntas protegidas (acción de grupo para mejorar los salarios, beneficios y condiciones de trabajo), actividades sindicales, con el apoyo de un sindicato, o eligió no participar en actividades sindicales

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)  
  
 0 / 1000

¿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)  
  
 0 / 1000

¿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  
  
 0 / 1000

**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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

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

FEDERAL GOVERNMENT  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

ABOUT THE SITE  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

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? 0 / 1000

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

0 / 1000

**¿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

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
[DisasterAssistance.gov](http://DisasterAssistance.gov)  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

¿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? 0 / 1000

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

0 / 1000

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

Nombre de la compañía  Nombre de la compañía  
(requerido)

¿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**

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 colecta 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 muestre 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Testifiqué o proveí una declaración en un procedimiento (ei., una inspección o investigación del gobierno)

Debido a su raza, color, religión, sexo (in género, y orientación sexual), el origen de discapacidad o la información genética

Debido a que usted se quejó sobre la falta de sobretiempos, mantenimiento de registros, ley de Ausencia Familiar y Médica

Debido a que usted se quejó de la falta de de temporada, pruebas de polígrafo, o programas de trabajadores temporales

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

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

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.

La Oficina del Consejero Especial de Estados Unidos (OSC por sus siglas en inglés) investiga y procesa casos sobre prácticas prohibidas dentro de la rama ejecutiva del gobierno federal y de los empleados federales actuales, ex empleados y solicitantes de empleo federal.

Los empleados federales que creen que han sufrido represalias por revelar una violación de una ley, norma o reglamento, la mala administración, un despilfarró de fondos, abuso de autoridad, y / o un peligro sustancial y específico para la salud o la seguridad pública, pueda presentar una queja ante la OSC. Visite [www.osc.gov](http://www.osc.gov) (Para Información En Español) par 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)

¿Es un empleador del sector privado o público?

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

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 colecta 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
☎ 800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

#### FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

#### ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



género, y orientación sexual), el origen nacional, la edad (40 años o más), la discapacidad o la información genética

Debido a que usted se quejó sobre la falta de pago del salario mínimo, pago de sobretiempo, mantenimiento de registros salarios, el trabajo infantil, requisitos de la ley de Ausencia Familiar y Médica

Debido a que usted se quejó de la falta de protección para los obreros migrantes o de temporada, pruebas de polígrafo, o protecciones para los trabajadores en ciertos programas de trabajadores temporales

¿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)

0 / 1000

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

Favor de no incluir nombres de testigos o

0 / 1000

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/dcspp/osp/index.html](http://www.osha.gov/dcspp/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).

¿C

Nombre de la compañía  (requerido)

¿Es un empleador del sector privado o público?

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

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 colecta 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 muestre 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

#### FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

#### OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

#### ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

¿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](#)

**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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

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

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

¿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)**  **Favor de seleccionar uno de los elementos en la lista.**

Código Postal:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
☎ 800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
[DisasterAssistance.gov](http://DisasterAssistance.gov)  
[USA.gov](http://USA.gov)  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement



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**

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 colecta 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 Denunciante, 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Tipo de Negocio:

---

¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?  
**Por favor completa todos los campos requeridos**

**Nombre (Requerido):**

**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:

Celular:

Teléfono no disponible

**Dirección de Correo Electrónico:**

¿Otra persona de contacto?

**Nombre:**

**Teléfono:**

**Método Preferido de Contacto:**

**Hora Preferida de Contacto:**

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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 Papejería, 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 Papejería. (Esta dirección es para comentarios solamente; favor de no enviar formularios completados a esta oficina.)

OMB Approval # 1218-0236; Expires: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

---

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**

**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):  INICIAL  Por favor, introduzca su nombre de pila

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**

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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60 1. (Rev 06/17)

 <p><b>UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR</b></p>	<p><b>FEDERAL GOVERNMENT</b></p> <p>White House Severe Storm and Flood Recovery Assistance Disaster Recovery Assistance DisasterAssistance.gov USA.gov No Fear Act Data U.S. Office of Special Counsel</p>	<p><b>OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH</b></p> <p>Frequently Asked Questions A - Z Index Freedom of Information Act Read the OSHA Newsletter Subscribe to the OSHA Newsletter OSHA Publications Office of Inspector General</p>	<p><b>ABOUT THE SITE</b></p> <p>Freedom of Information Act Privacy &amp; Security Statement Disclaimers Important Website Notices Plug-Ins Used by DOL Accessibility Statement</p>
<p>Occupational Safety and Health Administration 200 Constitution Ave NW Washington, DC 20210 ☎ 800-321-6742 (OSHA) TTY <a href="http://www.OSHA.gov">www.OSHA.gov</a></p>			



Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**  
**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):  INICIAL  Apellido  **Por favor ingrese su apellido**

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  Apellido

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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.DWPPP@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: 03-31-2020

OSHA 8-50.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

---

¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?  
**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):

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

Calle:

Ciudad:  **Por favor rellene este campo**

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  Apellido

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.05/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

<p>Occupational Safety and Health Administration 200 Constitution Ave NW Washington, DC 20210 800-321-6742 (OSHA) TTY www.OSHA.gov</p>	<p><b>FEDERAL GOVERNMENT</b></p> <p>White House Severe Storm and Flood Recovery Assistance Disaster Recovery Assistance DisasterAssistance.gov USA.gov No Fear Act Data U.S. Office of Special Counsel</p>	<p><b>OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH</b></p> <p>Frequently Asked Questions A - Z Index Freedom of Information Act Read the OSHA Newsletter Subscribe to the OSHA Newsletter OSHA Publications Office of Inspector General</p>	<p><b>ABOUT THE SITE</b></p> <p>Freedom of Information Act Privacy &amp; Security Statement Disclaimers Important Website Notices Plug-Ins Used by DOL Accessibility Statement</p>
--	--	---	--

Correo electrónico del empleador:	<input type="text" value="Correo electrónico del empleador"/>
Tipo de Negocio:	<input type="text" value="Tipo de Negocio"/>

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**  
Por favor completa todos los campos requeridos

Nombre (Requerido):

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

Calle:

Ciudad:

Estado:  **Seleccione un artículo en la lista**

Código Postal:

Números de Teléfono (incluyendo Hogar, Trabajo, Celular) (Requerido):

Hogar:

Trabajo:

Celular:

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto? Nombre:

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

**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 colecta 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 requiendo 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 Denunciante, 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)

 <b>UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR</b>			
Occupational Safety and Health Administration 200 Constitution Ave NW Washington, DC 20210 800-321-6742 (OSHA) TTY www.OSHA.gov	<b>FEDERAL GOVERNMENT</b> White House Severe Storm and Flood Recovery Assistance Disaster Recovery Assistance DisasterAssistance.gov USA.gov No Fear Act Data U.S. Office of Special Counsel	<b>OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH</b> Frequently Asked Questions A - Z Index Freedom of Information Act Read the OSHA Newsletter Subscribe to the OSHA Newsletter OSHA Publications Office of Inspector General	<b>ABOUT THE SITE</b> Freedom of Information Act Privacy & Security Statement Disclaimers Important Website Notices Plug-Ins Used by DOL Accessibility Statement

Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**  
**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):

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

Calle:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:  **Por favor rellene este campo**

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

Hogar:

Trabajo:

Celular:

Teléfono no disponible

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto?

Nombre:

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

**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.DWPPR@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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev 06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement





Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**

**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):

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:  Por favor rellene este campo

Trabajo:  Ext.

Celular:

Teléfono no disponible

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto?

Nombre:

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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: 03-31-2020

OSHA B-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

Correo electrónico del empleador:

Tipo de Negocio:

**¿Cómo puede la OSHA ponerse en contacto con usted?**  
**Por favor completa todos los campos requeridos**

Nombre (Requerido):

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:  **Por favor rellene este campo**

Trabajo:  Ext

Celular:

Teléfono no disponible  
Favor de marcar esta casilla si no hay teléfono disponible.

Dirección de Correo Electrónico:

¿Otra persona de contacto?

Nombre:

Teléfono:

Método Preferido de Contacto:

Hora Preferida de Contacto:

[Continuar al siguiente campo](#)

[Cancelar, regresar a 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 colecta 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 requiendo 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.DWFP@dol.gov o Directorio de Programas para Protección a los Denunciantes, Departamento de 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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

<p>Occupational Safety and Health Administration 200 Constitution Ave NW Washington, DC 20210 800-321-6742 (OSHA) TTY www.OSHA.gov</p>	<p><b>FEDERAL GOVERNMENT</b></p> <p>White House Severe Storm and Flood Recovery Assistance Disaster Recovery Assistance DisasterAssistance.gov USA.gov No Fear Act Data U.S. Office of Special Counsel</p>	<p><b>OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH</b></p> <p>Frequently Asked Questions A - Z Index Freedom of Information Act Read the OSHA Newsletter Subscribe to the OSHA Newsletter OSHA Publications Office of Inspector General</p>	<p><b>ABOUT THE SITE</b></p> <p>Freedom of Information Act Privacy &amp; Security Statement Disclaimers Important Website Notices Plug-Ins Used by DOL Accessibility Statement</p>
--	--	---	--

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 ella 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):

Correo Electrónico:

En elegir esta opción, certifico que el/ta 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**

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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1 (Rev.06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

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

**FEDERAL GOVERNMENT**  
White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**  
Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**  
Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

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

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. Recuerdese 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.**

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

IMPRIMIR

ENVIE su queja a La OSHA

Cancelar, regresar a [www.whistleblowers.gov](http://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 colecta 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 requiendo 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev.06/17)



UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

FEDERAL GOVERNMENT

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
[DisasterAssistance.gov](http://DisasterAssistance.gov)  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

ABOUT THE SITE

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement

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. Recuerdese 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.**

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

IMPRIMIR

ENVIE su queja a La OSHA

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

**¡Queja Recibida!**

¡ Gracias! A partir de February 21, 2020 6:48 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: ECN27945**

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.

**¿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](http://www.dol.gov))
- Sitio web de La OSHA ([www.osha.gov](http://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

Enviar

**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 colecta 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](mailto: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: 03-31-2020

OSHA 8-60.1. (Rev 06/17)



**UNITED STATES  
DEPARTMENT OF LABOR**

Occupational Safety and Health  
Administration  
200 Constitution Ave NW  
Washington, DC 20210  
800-321-6742 (OSHA)  
TTY  
[www.OSHA.gov](http://www.OSHA.gov)

**FEDERAL GOVERNMENT**

White House  
Severe Storm and Flood Recovery  
Assistance  
Disaster Recovery Assistance  
DisasterAssistance.gov  
USA.gov  
No Fear Act Data  
U.S. Office of Special Counsel

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH**

Frequently Asked Questions  
A - Z Index  
Freedom of Information Act  
Read the OSHA Newsletter  
Subscribe to the OSHA Newsletter  
OSHA Publications  
Office of Inspector General

**ABOUT THE SITE**

Freedom of Information Act  
Privacy & Security Statement  
Disclaimers  
Important Website Notices  
Plug-Ins Used by DOL  
Accessibility Statement