



The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) is evaluating possible health hazards at (Company Name). We are asking you to wear a sampling device or to let us sample your clothing or personal protective equipment. If you do, we want to send you a letter with your results. Results with your name will not be shared with anyone but you. Your information will be protected according to Federal regulations.

Use the tab on the side of this card to tell us your name and if you would like to receive your sampling results. You can also contact PO's Name at (Email) or (Direct Phone # of PO) if you have any questions. Someone will respond within 2 business days. Thank you for helping.

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0260).

All personal information on this form will be kept confidential to the extent allowed by the federal Privacy Act and the Freedom of Information Act.



The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) is evaluating health hazards at (Company Name). We are asking you to wear a sampling device or to let us sample your clothing or personal protective equipment. If you do, we want to send you a letter with your results. Results with your name will not be shared with anyone but you. Your information will be protected according to Federal regulations.

Use the tab on the side of this card to tell us your name and if you would like to receive your sampling results. You can also contact PO's Name at (Email) or (Direct Phone # of PO) if you have any questions. Someone will respond within 2 business days. Thank you for helping.

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0260).

All personal information on this form will be kept confidential to the extent allowed by the federal Privacy Act and the Freedom of Information Act.

Please print your name:

\_\_\_\_\_

First

Last

- Check here if you want your sampling results sent to you. Please **choose 1** of the following to get your results:
  - Email: \_\_\_\_\_
  - Postal: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

- Check here if you do not want your sampling results to you.

**For Use By NIOSH Project Officer**

Sample number(s): \_\_\_\_\_

HHE: xxxx-xxxx Sequence #: xxxxx Participant ID #: \_\_\_\_\_

Form Approved, OMB No. 0920-0260, Exp. 03/31/2024

Please print your name:

\_\_\_\_\_

First

Last

- Check here if you want your sampling results sent to you. Please **choose 1** of the following to get your results:
  - Email: \_\_\_\_\_
  - Postal: \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

- Check here if you do not want your sampling results to you.

**For Use By NIOSH Project Officer**

Sample number(s): \_\_\_\_\_

HHE: xxxx-xxxx Sequence #: xxxxx Participant ID #: \_\_\_\_\_

Form Approved, OMB No. 0920-0260, Exp. 03/31/2024



El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) está investigando posibles peligros para la salud en (Company Name). Le estamos pidiendo que use un dispositivo para recolectar muestras, o que nos permita tomar muestras de su ropa o equipo de protección personal. Si acepta, queremos enviarle una carta con los resultados. Los resultados que tengan su nombre no serán compartidos con nadie más que no sea usted. Su información será protegida según las leyes federales.

Utilice la sección correspondiente en esta tarjeta para darnos su nombre y dirección postal. Si cambia de dirección, por favor envíe un mensaje electrónico a [HHERequestHelp@cdc.gov](mailto:HHERequestHelp@cdc.gov). También puede comunicarse con PO's Name al (Email) o (Direct Phone # of PO) si tiene alguna pregunta. Alguien le responderá dentro de 2 días hábiles. Gracias por su colaboración.

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 5 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, y sus sugerencias para reducir el tiempo necesario a la dirección CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0260).



El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) está investigando posibles peligros para la salud en (Company Name). Le estamos pidiendo que use un dispositivo para recolectar muestras, o que nos permita tomar muestras de su ropa o equipo de protección personal. Si acepta, queremos enviarle una carta con los resultados. Los resultados que tengan su nombre no serán compartidos con nadie más que no sea usted. Su información será protegida según las leyes federales.

Utilice la sección correspondiente en esta tarjeta para darnos su nombre y dirección postal. Si cambia de dirección, por favor envíe un mensaje electrónico a [HHERequestHelp@cdc.gov](mailto:HHERequestHelp@cdc.gov). También puede comunicarse con PO's Name al (Email) o (Direct Phone # of PO) si tiene alguna pregunta. Alguien le responderá dentro de 2 días hábiles. Gracias por su colaboración.

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 5 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, y sus sugerencias para reducir el tiempo necesario a la dirección CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0260).

Por favor, escriba su nombre en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Si desea que se los envíen, por favor escriba su dirección postal a continuación:

Número y calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si no desea darle su dirección postal, por favor, ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

For Use By NIOSH Project Officer

Sample number(s): \_\_\_\_\_

HHE: xxxx-xxxx Sequence #: xxxxx Participant ID #: \_\_\_\_\_

Form Approved, OMB No. 0920-0260, Exp. 03/31/2024

Por favor, escriba su nombre en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_

Nombre Apellido

Si desea que se los envíen, por favor escriba su dirección postal a continuación:

Número y calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si no desea darle su dirección postal, por favor, ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

For Use By NIOSH Project Officer

Sample number(s): \_\_\_\_\_

HHE: xxxx-xxxx Sequence #: xxxxx Participant ID #: \_\_\_\_\_

Form Approved, OMB No. 0920-0260, Exp. 03/31/2024

