

Use este formulario para informar de un presunto peligro de salud o seguridad al Departamento de Labor e Industrias (L&I). Este formulario se provee como ayuda para presentar denuncias, y no se pretende que constituya el único medio para presentar una denuncia a L&I. Usted puede decidir mantenerse anónimo al hacer el informe, o puede solicitar confidencialidad si proporciona su nombre e información de contacto.

**Si observa a un trabajador en peligro inminente y necesita ayuda, llame a L&I al 1-800-423-7233.**

Llene este formulario con tanto detalle como sea posible. Si necesita más espacio, continúe en otra hoja de papel o en un documento separado y envíelo junto con este formulario.

Para ver información más detallada e instrucciones, consulte la página 4 de este formulario.

|   |                                     |        |               |
|---|-------------------------------------|--------|---------------|
| 1. Nombre del empleador   |                                     |        |               |
| 2. Ubicación del local – Dirección  | Ciudad                              | Estado | Código postal |
| 3. Dirección postal (si es diferente) Dirección   | Ciudad                              | Estado | Código postal |
| 4. Nombre del directivo/supervisor encargado  | 5. Número de teléfono de la empresa |        |               |
| 6. Tipo de empresa  |                                     |        |               |
| 7. Ubicación del peligro - Especifique el edificio o lugar de trabajo específico y los turnos laborales en los que ocurre el presunto peligro. Si los peligros descritos en su denuncia no están todos en el mismo espacio de trabajo, identifique en dónde se encuentra cada peligro en este lugar de trabajo. |                                     |        |               |

8. Descripción del peligro - Describa los peligros que cree que existen. Incluya la cantidad aproximada de empleados expuestos a cada peligro, o amenazados por él. Si tiene evidencias que sustenten sus sospechas de un peligro, como un accidente reciente o síntomas físicos en los empleados, incluya la información en su descripción.

Si necesita más espacio para describir la situación, puede añadir un documento adicional cuando nos envíe este formulario. También puede enviar fotografías o videos junto con este formulario.

|  |                                 |                       |
|--|---------------------------------|-----------------------|
| 9. ¿A quiénes más ha informado de esta condición o práctica insegura? Marque todas las que correspondan.<br><input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otra agencia gubernamental (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Otra persona  |                                 |                       |
| Escriba el nombre de la persona notificada   | Puesto de la persona notificada | Fecha de notificación |
| 10. ¿Actualmente usted es trabajador o representante de trabajadores de este empleador?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |                                 |                       |
| 11. El abajo firmante está convencido de que existe una infracción de un estándar de seguridad o salud ocupacional, que constituye un peligro para la salud o la seguridad en el establecimiento mencionado en el formulario (marque una opción)<br><input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Representante de empleados <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |                                 |                       |
| 12. Si usted es un representante autorizado de empleados afectados por la queja, escriba el nombre de la organización a la que representa y su puesto:   |                                 |                       |
| Nombre de la organización o sindicato  | Su puesto                       |                       |

### Información opcional

Su información de contacto nos ayuda a comunicarnos con usted si necesitamos información adicional. También nos permite informarle de las acciones emprendidas como resultado de su informe.

|                    |                        |        |               |
|--------------------|------------------------|--------|---------------|
| 13. Nombre         | 14. Número de teléfono |        |               |
| 15. Calle y número | Ciudad                 | Estado | Código postal |

### Aviso sobre la confidencialidad:

La DOSH solamente mantendrá la confidencialidad de la fuente de una denuncia en el caso de trabajadores y representantes de trabajadores que presenten una denuncia por salud y seguridad en el lugar de trabajo a la DOSH. El trabajador o representante de trabajadores debe solicitar específicamente la confidencialidad y debe firmar el formulario de denuncia, ya sea de manera física o electrónica.

|   |   |
|---|---|
| <b>Por favor indique su deseo:</b><br><input type="checkbox"/> <b>No revelen mi nombre al empleador</b> <input type="checkbox"/> <b>Pueden revelar mi nombre al empleador</b>   |   |
| 16. Firma (a máquina o en letra de molde)   | 17. Fecha   |
| <input type="checkbox"/> Al entregar este formulario, declaro y afirmo que tengo conocimiento personal de que los peligros descritos existen y que mi nombre en este formulario constituye mi firma para efectos legales. | <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, acepto lo siguiente: L&I toma precauciones para proteger su información personal que puede consultar en nuestro sitio de internet en <a href="http://www.Lni.wa.gov">www.Lni.wa.gov</a> . Nuestros avisos detallados de privacidad y seguridad están a disposición de todos los usuarios de internet. Consulte: <a href="http://www.Lni.wa.gov/agency/privacy-security-statement">www.Lni.wa.gov/agency/privacy-security-statement</a> . |

### Siguientes pasos

Gracias por contestar este formulario. Para concluir el proceso de enviar una denuncia por presuntos peligros de salud o seguridad, haga lo siguiente:

- Revise el formulario.** Asegúrese de que la información sea tan completa y precisa como sea posible.
- Guarde el formulario. Cambie el nombre de archivo a uno que pueda encontrar con facilidad.** Si usa una computadora pública o compartida, asegúrese de [guardarlo](#) en un lugar seguro, como una memoria USB o una carpeta segura. Si no le es posible hacerlo, borre el archivo después de concluir el siguiente paso.
- Envíe el formulario usando nuestro procedimiento de carga segura de archivos.** [Cargue aquí el archivo que acaba de guardar](#). También puede usar este enlace para enviarnos fotografías, videos, documentos y otra información de sustento, junto con este formulario. Envíe juntos el formulario y toda la documentación que tenga usando este enlace.

**Si prefiere imprimir el formulario y enviarlo por correo, vea las direcciones de las oficinas al final del formulario.**

### ¿Necesita ayuda?

Si tiene algún problema, envíe un mensaje a [EyeOnSafety@Lni.wa.gov](mailto:EyeOnSafety@Lni.wa.gov) y le ayudaremos.

## Más información sobre este formulario y el proceso de denuncia:

Todos los trabajadores de Washington tienen derecho a la salud y seguridad en el trabajo. Es la ley.

### Denuncias de trabajadores o sus representantes.

(1) Todo trabajador o representante de trabajadores que crea de buena fe que existe una violación a las normas de salud o seguridad o un peligro inminente en cualquier lugar de trabajo en donde el trabajador esté empleado, puede solicitar una inspección de dicho lugar de trabajo al dar aviso de la presunta violación o peligro a cualquier oficina o funcionario de la División de Seguridad y Salud Ocupacional del Departamento de Trabajo e Industrias. El aviso debe darse por escrito e incluir una explicación razonable del causal del aviso, y debe estar firmado por el trabajador o el representante de trabajadores. Un funcionario de la División deberá entregar una copia al empleador o a su agente a más tardar en el momento de la inspección, en caso de que se haga una. La copia entregada no incluirá información que lo identifique. Los formularios firmados de manera física o electrónica por trabajadores o representantes de trabajadores se mantendrán confidenciales, de acuerdo con la Ley de Registros Públicos del Estado de Washington vigente.

(2) Si tras la recepción de dicho aviso se determina que la denuncia cumple los requisitos establecidos en la subsección (1) de esta sección, y que existen causas razonables para creer que la presunta violación o peligro existe, deberá realizarse una inspección en cuanto resulte práctico, con el fin de determinar si existe dicha violación o peligro. Las inspecciones sustentadas en esta sección pueden abarcar asuntos adicionales a los referidos en la denuncia.

Consulte [RCW 49.17.110](#)

Nota: [RCW 49.17.160](#), protege a los trabajadores y representantes de trabajadores que presenten denuncias de salud y seguridad contra actos discriminatorios de un empleador.

### ¿Cómo define la DOSH a un "representante de trabajadores"?

Un representante de trabajadores incluye a las organizaciones laborales electas que representan a los trabajadores en un lugar de trabajo específico. También incluye a los representantes electos por los empleados a un comité específico de seguridad en el lugar de trabajo del empleador en cuestión.

### Instrucciones para llenar el formulario de presuntos peligros de salud o seguridad:

1. **Nombre del empleador:** Escriba el nombre legal del empleador o establecimiento.
2. **Ubicación del local:** Escriba la calle (o carretera) y número, la ciudad, el estado y el código postal del lugar de trabajo donde existe el presunto peligro.
3. **Dirección postal (si es diferente):** Escriba la dirección postal del establecimiento, si es diferente de la dirección del local.
4. **Directivo/supervisor encargado:** Escriba el nombre del propietario, operador o agente encargado del lugar de trabajo.
5. **Número de teléfono de la empresa:** Escriba un número de teléfono del establecimiento. Puede ser el número del administrador mencionado en el cuadro 5, u otro número del establecimiento.
6. **Tipo de empresa:** Describa el tipo de actividad industrial que se desempeña en el lugar de trabajo. Por ejemplo, una denuncia que alegue una condición insegura en el almacén de una planta de productos químicos agrícolas en este espacio debe decir "planta de productos químicos agrícolas", no "almacén".
7. **Lugar del peligro:** Este es el edificio o lugar de trabajo específico en el que existe el presunto peligro.
8. **Descripción del peligro:** Describa el presunto peligro de manera detallada. Incluya toda la información pertinente que pueda obtener. Cuando necesite más espacio, continúe en otra hoja de papel. Adjunte todas las hojas adicionales al formulario de denuncia. Incluya quiénes son afectados, cuál es el peligro, en dónde y cuándo existe el peligro, qué está causando el peligro y qué ha hecho el empleador para eliminar el peligro.
9. **A quiénes más ha informado de esta condición o práctica insegura:** Marque con una "X" las casillas correspondientes a las personas a las que ha informado de la condición o práctica. Especifique la agencia, si aplica. Incluya el nombre y puesto de las personas a las que informó de la condición o práctica insegura.
10. **Actualmente usted es trabajador o representante de trabajadores de este empleador:** Marque con una "X" la casilla apropiada para indicar si actualmente es trabajador o representante de trabajadores, y marque con una "X" la casilla que indica si desea o no desea que su nombre se revele al empleador.

11. **El abajo firmante...**(origen de la denuncia): Marque con una "X" la casilla que indica su relación con el empleador. Si marcó "Otro", especifique.
12. **Representante autorizado:** Se incluye este espacio en caso de que usted sea un representante autorizado. Escriba el nombre de su organización y su puesto.

**NOTA:** Las secciones restantes son opcionales. Puede enviar este formulario de manera anónima. Si desea recibir los resultados de nuestra inspección o investigación, llene los cuadros 13 a 15.

13. **Nombre:** Escriba su nombre completo
14. **Número de teléfono:** Escriba su número de teléfono.
15. **Dirección:** Escriba su dirección, ciudad, abreviatura del estado y código postal.
16. **Firma:** Firme, o escriba su nombre si envía este formulario de manera electrónica.
17. **Fecha:** Escriba la fecha de hoy.

Gracias por su preocupación.

[Envíe su formulario contestado por internet](#) o a su oficina regional, a la dirección que aparece a continuación.

Consulte nuestra lista completa de oficinas e información en [www.Lni.wa.gov/Offices](http://www.Lni.wa.gov/Offices).

**Región 1**

729 100<sup>th</sup>St SE  
Everett WA 98208-3727  
425-290-1300

**Región 4**

PO Box 44651  
Olympia WA 98504-4651  
360-902-5566

**Región 5**

1205 Ahtanum Ridge Drive Suite C  
Union Gap WA 98903-1204  
509-454-3700

**Región 2**

12806 Gateway DR S  
Tukwila WA 98168  
206-835-1000

Ubicada en:

7273 LindersonWay SW  
Tumwater, WA 98501-5414

**Región 6**

901 N Monroe Suite 100  
Spokane WA 99201-2149  
509-324-2544

**Región 3**

950 Broadway Suite 200  
Tacoma WA 98402-4405  
253-596-3800