**Maryland Occupational Safety and Health (MOSH) – Procedimientos de Quejas / Forma**

|  |
| --- |
| **Instrucciones:** |
| Este formulario es proveído para que haga un reclamo ante el programa de Seguridad y Salud Laboral de Maryland (MOSH). Un empleado o el representante autorizado de empleados pueden hacer una queja si el empleado o representante cree de buena fe que hay un peligro inminente a un empleado o una infracción de una regla laboral de seguridad y salud que causa una amenaza de daño físico a un empleado. El reclamo debe estar escrito.  La ley de Maryland dispone que un **empleado actual** o el representante autorizado de empleados puedan solicitar que su nombre no sea revelado al empleador con respecto al reclamo.  Para hacer un reclamo, tiene que imprimir el formulario y completarlo con la mayor precisión posible. Describa cada peligro con todos los detalles que usted pueda proveer. Si los peligros que usted describe no están en la misma área, identifique la ubicación de cada peligro individualmente. Si hay evidencia específica, como un accidente reciente en el lugar de trabajo que apoya su creencia que un peligro existe, incluya esa información en su descripción. Si usted necesita más espacio que lo que se le ha proveído en el formulario, continúe en otras hojas de papel.  Después de llenar el formulario, envíelo por correo a la siguiente dirección: Maryland Department of Labor **Division of Labor and Industry**  **Occupational Safety and Health**  **10946 Golden West Drive, Suite 160**  **Hunt Valley, MD 21031**  Si tiene alguna pregunta por favor contacte a  **Rachel Grayson (410) 527-2094**  **FAX (410) 527-4481**  MOSH evaluará su reclamo/queja cuando lo reciba para averiguar si una inspección es apropiada. Si más información se va necesitar, MOSH le llamará a usted por teléfono. MOSH también le enviará a usted una respuesta escrita del reclamo suyo, entonces es importante que por favor escriba su nombre claramente y correctamente.  Gracias por su interés en la seguridad y salud laboral. |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Complaint Number  (Solamente para MOSH) | | |  |
| Nombre de Compañía | | |  | |
| Dirección de Compañía | | |  | |
| Dirección de Trabajo (*si es diferente de la dirección de compañía*) | | |  | |
| Número Telefónico de Compañía | | |  | |
| Nombre de Gerente | | |  | |
| Tipo de Empresa | | |  | |
| **Descripción de peligro de seguridad o salud.** *Describa cada peligro en cual usted cree que los empleados están expuestos. Indique el número aproximado de empleados que están expuestos o amenazados por cada peligro. Use otras hojas de papel si necesita más espacio para completar toda la información.* | | | | |
|  | | | | |
| **Ubicación de Peligro.** *Identifique el edificio, sala, o lugar específico donde cada peligro está ubicado.* | | | | |
|  | | | | |
| Esta condición ha sido notificada a: | | 🞐 Empleador 🞐 Otra agencia del gobierno (especificar) | | |
| Yo, el reclamante, soy: | | 🞐 Empleado 🞐 Empleador 🞐 Empleado Anterior  🞐 Represéntante Autorizado de empleados (*usted* ***debe*** *que indicar la organización y su título*) | | |
| **SOLAMENTE** para **empleados** o **representante autorizado de empleados**: | | 🞐 No le revele mi nombre al empleador  🞐 Usted le puede revelar mi nombre al empleador | | |
| Nombre de Reclamante | |  | | |
| Número Telefónico | |  | | |
| Dirección de Casa | |  | | |
| ***Yo creo que una violación de una regla de seguridad o salud laboral existe en el establecimiento indicado arriba, y por esta violación hay una amenaza de daño físico a un empleado.*** | | | | |
| Firma (REQUERIDA) | | |  | |
| Fecha de Hoy | | |  | |

**Maryland Occupational Safety and Health (MOSH) – Procedimientos de Quejas / Forma**