

**LA COMISION INDUSTRIAL DE ARIZONA DIVISION  
DE SEGURIDAD Y SANIDAD OCUPACIONAL**

Esta forma es proveida para asistir al empleado o al representante del empleado para presentar una queja bajo el Estatuto Revisado de Arizona (A.R.S. 23-408(F)). Esta forma no constituye el único medio para presentar una queja con la División de Seguridad y Sanidad Ocupacional (“División”).

La sección 23-408 (F) del Acto de Seguridad y Sanidad Ocupacional de Arizona provee que el empleado o el representante del empleado pueda solicitar a la División que se inicie una inspección cuando:

- 1) El empleado o representante del empleado cree que existe una violación de las normas de seguridad o sanidad, y que amenaza hacer daño físico,
- 2) El empleado o representante del empleado cree que existe un peligro inminente.

El empleado o el representante del empleado solicita que se lleve a cabo una inspección bajo el Estatuto Revisado de Arizona (A.R.S. 23-408(F)) al dar notificación por escrito al Director de la División, o al representante autorizado del Director. El empleado o el representante del empleado debe asegurar que su solicitud por escrito, señale con detalles la razón por la cual dé esta solicitud y que esté firmada por el empleado o el representante del empleado.

La División no revelará el nombre del empleado o el nombre del representante sobre cualquiera de lo siguiente:

- 1) Una petición del empleado o representante del empleado de no revelar el nombre del empleado o del representante del empleado porque al descubrir el nombre resultaría en un daño substancial para el empleado o el representante del empleado, o
- 2) Una decisión por parte de la División, que al revelar el nombre del empleado o del representante pueda resultar en daños hacia la persona, o a la salud y seguridad pública.

Al recibir una solicitud por escrito regida por los Estatutos de Arizona (A.R.S. 23-408(F)), el Director debe determinar si hay motivos de que existe una violación o peligro. Si el Director determina que existe una violación o un peligro, el Director conducirá una investigación bajo el Acto de Seguridad y Sanidad Ocupacional tan pronto como sea práctico. Si el Director determina que no hay motivos razonables de que existe una violación o peligro, el Director deberá avisar por escrito al empleado o al representante del empleado su determinación.

**NOTA:** Una persona que intencionalmente hace falsas declaraciones, falsa representación, o falsa certificación de documentos presentados bajo el Acto de Seguridad y Sanidad Ocupacional de Arizona es culpable de un delito clase 2. Estatuto Revisado de Arizona (A.R.S. 23-418(G)).

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA NOTIFICACION DE SUPUESTOS PELIGROS DE SEGURIDAD O SANIDAD.**

Llene la solicitud del 1 a 15 lo más detalladamente posible. Date y firme al pie de la forma.

Describa detalladamente cada peligro que usted cree que existe. Si los peligros descritos en la solicitud no están en la misma área, por favor indique la área del trabajo donde existe cada peligro. Si hay alguna evidencia que respalde su sospecha de que existe un peligro (por ejemplo; un accidente reciente o síntomas físicos experimentados por empleados en el lugar de trabajo), incluya esta información en su descripción. Si usted necesita más espacio de lo que se le provee en esta forma, continúe en otra hoja de papel.

Alternativamente, usted puede escanear el formulario firmado, y enviarlo como un anexo a [oshacomplaints@azdosh.gov](mailto:oshacomplaints@azdosh.gov)

Regrese la forma completa y firmada a:

**THE INDUSTRIAL COMMISSION OF ARIZONA  
DIVISION OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH  
PO BOX 19070  
PHOENIX, AZ 85007-9070**

# NOTIFICACION DE PRESUNTOS PELIGROS DE SEGURIDAD Y SANIDAD

## LA COMISION INDUSTRIAL DE ARIZONA DIVISION DE SEGURIDAD Y SANIDAD OCUPACIONAL ADOSH 77

1. NOMBRE DE LA EMPRESA:	
2. DOMICILIO DE LA EMPRESA:	
3. DOMICILIO PARA LA CORRESPONDENCIA DE LA EMPRESA:	
4. SUPERVISOR DE ADMINISTRACION:	5. NUMERO DE TELEFONO:  FAX:
6. TIPO DE NEGOCIO DE LA EMPRESA:	
7. DESCRIBA COMPLETAMENTE LOS PELIGROS QUE USTED CREE QUE EXISTEN, INCLUYENDO EL NUMERO DE EMPLEADOS QUE ESTAN EXPUESTOS:	
(CONTINUE EN OTRA HOSA, SI SE NECESITA)	
8. ESPECIFIQUE CADA LOCALIDAD O AREA DE TRABAJO DONDE EXISTEN LOS PELIGROS QUE DESCRIBIO EN EL #7:	
9. SE HAN LLEVADO ESTAS CONDICIONES A LA ATENCION DE:	
LA EMPRESA <input type="checkbox"/> ORTA AGENCIA DE GOBIERNO (Especifique) <input type="checkbox"/>	
10. NOMBRE DE LA PERSONA PRESENTANDO LA QUEJA (Escriba a maquina o en letra de molde)	11. TELEFONO:  ( )
12. DOMICILIO (Calle, ciudad, estado y codgo postal)	
13. QUE RELACION TIENE USTED CON LA EMPRESA:	
14. SI LA PERSONA QUE ESTA PRESENTANDO LA QUEJA ES UN REPRESENTANTE DEL EMPLEADO, QUE ORGANIZACION REPRESENTA:	
NOMBRE DE LA ORGANIZACION:	TITULO:
15. LA IDENTIDAD DE LA PERSONA PRESENTANDO ESTA QUEJA SERA REVELADO A LA EMPRESA AL MENOS QUE AL REVELAR EL NOMBRE, RESULTARA UN DANO SUBSTANCIAL A LA PERSONA QUE PRESENTO LA QUEJA. POR FAVOR, INDIQUE SU PREFERENCIA:	
<input type="checkbox"/> MI NOMBRE PUEDE SER REVELADO <input type="checkbox"/> NO, MI NOMBRE NO PUEDE SER REVELADO A LA EMPRESA	
16. FIRMA:	FECHA: