



State of Rhode Island and Providence Plantations
 Rhode Island Department of Labor and Training
 WORKFORCE REGULATION & SAFETY BLDG. 70/2
 1511 Pontiac Avenue. P.O. Box 20157
 Cranston, RI 02920-0944

OFFICIAL USE ONLY:

File Number: _____
 Date Received: _____
 Dated Closed: _____
 Investigated By: _____

DERECHO-A-SABER FORMULARIO DE QUEJA DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Complete los dos lados de esta forma, firmada y volver a la dirección arriba; No lo mande por fax o correo electrónico.
 Escriba o imprima claramente. **Se devolverán los formularios incompletos.** Completar todas las secciones lo mejor
 de su conocimiento. Adjuntar copias de documentación que puede ser relevante para su reclamo. Por favor notifique
 a esta oficina inmediatamente por correo si usted tiene un cambio de dirección y / o número de teléfono.

INFORMACIÓN DE LOS EMPLEADOS:

1. Primer Y Último Nombre: _____
 2. Dirección (número y calle): _____
 Ciudad/Campo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 3. Teléfono: _____ 4. Teléfono celular: _____ 5. Correo Electronico: _____
 6. Título/ocupación o tipo de trabajo: _____

INFORMACION DE EL EMPLEADOR: (no se aceptará la denuncia si no se completa esta sección)

7. Nombre de Negocio: _____ 8. Teléfono de la empresa: : _____
 9. Dirección de negocio (número y calle, no **PO Box**): _____
 Negocio Ciudad/Campo _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 10. Otro nombre de negocio (s) que podría ser utilizado por el empleador: _____
 11. Nombre del Supervisor: _____ 12. Titulo: _____
 13. ¿Estás trabajando actualmente en la dirección de negocios mencionado? Sí No
 14. Escoja por favor todos los motivos de por qué está presentando este reclamo:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No hay derecho a entrenamiento anual | <input type="checkbox"/> No hay acceso a la lista de sustancias peligrosas |
| <input type="checkbox"/> Equipo de seguridad no está disponible | <input type="checkbox"/> Hojas de datos de seguridad no está disponibles |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de información química negado | <input type="checkbox"/> Otros |

Explique aquí:

15. ¿Usted le notificó a su empleador de su queja? Sí No
¿Si es si, a quien le notificaste?

Nombre: _____ Titulo: _____

¿Cuál fue su respuesta?

16. ¿Trato el empleador de corregir su problema? Sí No
En caso afirmativo, ¿Qué intento hizo el empleador para resolver su queja?

Por la presente, certifico a lo mejor de mi conocimiento y creencia de que esto es una declaración verdadera de los hechos relativos a mi queja. Entiendo que esta denuncia será revisada y voy hacer contactado con los resultados de la revisa y si es necesario aparezco ante de la seguridad y la Junta de revisión de salud.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre por escrito: _____

DLT es un programa de igual oportunidad - auxiliar ayuda y servicios disponible bajo petición. TTY a través de relé RI: 711.