

**Notice of Alleged Safety or Health Hazards**  
***Aviso de Presuntos Peligros de Seguridad o de Salud***

Kentucky Labor Cabinet  
*Gabinete de Trabajo de Kentucky*

Department of Workplace Standards  
*Departamento de Normas de Trabajo*

Division of Occupational Safety and Health Compliance  
*División de Salud y Seguridad Ocupacional*

**For the general public / Para el público en general:**

This form is provided for the assistance of any complainant and is not intended to constitute the exclusive means by which a complaint may be registered with the Kentucky Labor Cabinet. *Este formulario es proporcionado para asistir a cualquier demandante, pero no constituye una vía exclusiva para presentar una queja con el Gabinete de trabajo en Kentucky.*

**KRS Chapter 338.121** (relating to occupational safety and health) provides:  
*KRS Capítulo 338.121 (este artículo se refiere a las leyes de seguridad y salud ocupacional) y provee lo siguiente:*

“Any employee, or representative of employees, who believes that a violation of an occupational safety and health standard exists that threatens physical harm, or that an imminent danger exists, may request an inspection by giving notice to the commissioner of such violation or danger. Any such notice shall be reduced to writing, shall set forth with reasonable particularity the grounds for the notice, and shall be signed by the employees or representative of employees, and a copy shall be provided the employer or his agent no later than at the time of inspection, except that, upon the request of the person giving such notice, his name and the names of individual employees referred to therein shall not appear in such copy.”

*“Cualquier empleado o representante de empleados que crea que existe una violación en las normas de seguridad y salud o que existe un potencial para el daño físico, o un peligro inminente en el trabajo, puede solicitar una inspección a este departamento de dicha violación o peligro. Dicha notificación se hará por escrito, con detalles, específicos a la violación a que se refiera; también debe ser firmada por los empleados o el representante de los mismos y una copia de esta notificación deberá ser proporcionada al empleador o su representante a más tardar al momento de la inspección, excepto que, si hay una petición de la persona que envió dicha notificación esté haciendo una solicitud que no desea que su nombre aparezca o el nombre de los empleados, entonces no se mencionará (n) en dicha copia.”*

**INSTRUCTIONS:**

You can print and complete this form by hand or download it to your computer, fill it out, print it, sign it, and mail it in. Describe each hazard as accurately and completely as possible. If the hazards described in your complaint are not all in the same area, please identify where each hazard can be found at the worksite. Include particular information that supports your belief that a hazard exists such as a recent accident or physical symptoms of employees at your site. Continue on another page if you need more space than is provided on this form.

**INSTRUCCIONES:**

*Usted puede imprimir este formulario a mano o lo puede descargarlo de su computadora, llenarlo, imprimirlo, firmarlo y enviarlo por correo. Describa cada uno de los peligros con exactitud y completamente como le sea posible. Si los peligros descritos en su queja no se encuentran en la misma área, identifique donde cada peligro pueda ser localizado en el área de trabajo. Incluya información en particular que apoye a lo que usted cree que existe un peligro, como un accidente reciente o síntomas físicos de los empleados en su sitio de trabajo. Continúe en otra página si necesita más espacio que el que se le proporciona aquí.*

After you have completed the form, return it to:

*Después de que haya completado el formulario envíelo a:*

**Kentucky Labor Cabinet  
Department of Workplace Standards  
Division of OSH Compliance  
657 Chamberlin Avenue  
Frankfort, KY 40601**

Or you may fax the form to (502) 564-5723.

*También usted puede enviar el formulario por medio de un fax al número (502) 564-5723.*

Notice of Alleged Safety or Health Hazard  
Kentucky Labor Cabinet  
Department of Workplace Standards  
Division of Occupational Safety and Health Compliance

*Aviso de presuntos Peligros de Seguridad o Salud  
Gabinete de Trabajo de Kentucky  
Departamento de Normas de Trabajo  
División de Cumplimiento en Seguridad y Salud Ocupacional*

<b>1. Date / Fecha:</b>	<b>Complaint Number / Queja Número:</b>
<b>2. Employer Name / Nombre del Empleador:</b>	
<b>3. Site Location / Ubicación del Trabajo:</b> (Street, City, State, Zip Code) / (Calle y Número, Ciudad, Estado y Código Postal)	
<b>4. Mailing Address / Dirección de correo postal:</b> (Street, City, State, Zip Code) / (Calle y número, Ciudad, Estado y Código postal)	
<b>5. Management Official / Gerente oficial:</b>	<b>6. Telephone Number / Número de Teléfono:</b>
<b>7. Type of Business / Tipo de Negocio:</b>	
<b>8. Hazard description:</b> Describe briefly the hazard(s) which you believe exist. Include the approximate number of employees exposed to or threatened by each hazard. Use additional paper if necessary. <b>Descripción del peligro:</b> <i>Describe brevemente el peligro(s) que usted cree que existen. Incluya el número de empleados que han sido expuestos y/o amenazados por dicho peligro. Añada otra página (s) si necesita más espacio que el que se le proporciona.</i>	

**9. Hazard Location:** Specify the building or worksite. Use additional paper if necessary.

**Ubicación del Peligro:** Especifique el edificio o el área de trabajo donde existe ese peligro. Añada otra página (s) si necesita más espacio que el que se le proporciona.

**10. Has the condition been brought to the attention of:** (mark "X" in all that apply)

**Se le ha dado a conocer ésta situación a alguien?** (marque con una "X" cualquier respuesta que aplique)

Employer / Empleador

Other Government Agency (specify) / Otra agencia de Trabajo (especifique)

**11. Please indicate your desire:** (mark "X")

**Por favor indique su preferencia:** (marque con una "X")

Do not reveal my name / No revele mi nombre

My name may be revealed to employer / Mi nombre puede ser revelado mi empleador

**12. The undersigned:** (mark "X")

**El (los) que firma (an):** (marque con una "X")

Employee / Empleado     Employer / Empleador

Federal Safety & Health Committee / Comisión Federal de Seguridad y Salud

Former Employee / Antiguo empleado     Representative of Employees / Representante de empleados

Other (Specify) / Otro (especifique)

...believes that a violation of Occupational Safety or Health standard exists which is a job safety or health hazard at the establishment named on this form.

*Cree que existe una violación de acuerdo a las normas de seguridad y la salud y que es un peligro de seguridad en el trabajo o un riesgo a la seguridad en la locación mencionada en este documento.*

**13. Complainant Name / Nombre del quejante:**

**14. Telephone Number / Número de teléfono:**

**15. Address:** (Street, City, State, Zip Code)

**Dirección:** (Calle y Número, Ciudad, Estado y Código Postal)

**16. Signature / Firma:**

**17. Date / Fecha:**

**18. If you are an authorized representative of employees affected by this complaint, please state the name of the organization that you represent and your title.**

**Si usted es un representante de los empleados afectados por esta queja, por favor escriba el nombre de la organización que representa y escriba su título o posición.**

Organization Name / Nombre de la organización:

Your title / Título:

**THE SECTION BELOW IS FOR OFFICE USE ONLY**  
**LA SECCION DE ABAJO ES PARA EL USO DE LA OFICINA**

19. Reporting ID:	20. Previous Activity	21. City Code	22. County Code
23. Received by:	If yes, type 24. Date	Number: 25. Supervisor Assigned	A.      B.
26. Primary SIC			
27. Ownership (mark "X") <input type="checkbox"/> Private Sector <input type="checkbox"/> Local Government <input type="checkbox"/> State Government <input type="checkbox"/> Federal Agency			
28. Evaluated by:			
29. Subject and Severity	Safety <input type="checkbox"/>	Imminent Danger <input type="checkbox"/>	Serious <input type="checkbox"/>
	Health <input type="checkbox"/>	Imminent Danger <input type="checkbox"/>	Serious <input type="checkbox"/>
30. Discrimination			
31. Is complaint valid?	32. Formality	Formal <input type="checkbox"/> Informal <input type="checkbox"/>	32. Migrant Farm Worker Camp
33. Inspection planned?	<u>Priority</u>	If NO, reason	
34. Transfer information		35. Date transferred	
36. Send Letter			
<input type="checkbox"/> d. Non-formal Complaint Notification to Employer, Complainant Notified. Explanation of Employee's Rights <input type="checkbox"/> e. Complaint Notification with letter. Name not revealed. Explanation of Employee Rights			
37. Date Letter Sent	38. Response due for letter	39. Response due for letter e.	