



Denuncia por discriminación a la DOSH

Use este formulario para denunciar presuntos actos de discriminación o represalias por ejercer sus derechos a la seguridad y salud en el trabajo. Para obtener más información sobre la discriminación y la DOSH, vea la página 3.

Nombre (apellido, nombre, inicial intermedia)		Número de teléfono	Número de teléfono celular	
Dirección actual – Calle y número		Ciudad	Estado	Código postal
Condado	Dirección de correo electrónico		Hora ideal para llamarlo	
Nombre del empleador			Número de teléfono del empleador	
Domicilio del empleador		Ciudad	Estado	Código postal
Tipo de empresa	Puesto		Fecha de contratación	
¿Ha dejado de trabajar en este empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó que sí, fecha de separación		
¿Renunció a su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si contestó que sí, fecha de la renuncia		
Fecha en que ocurrió la presunta discriminación				
Describa la manera en que lo discriminaron. Si necesita más espacio para describir la situación, puede añadir un documento adicional cuando nos envíe este formulario.				
¿Por qué el empleador realizó este acto (en su opinión)?				

¿Ha presentado su denuncia ante otra agencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si contestó que sí, ¿con qué agencia se ha comunicado?	Fecha en que se comunicó con otra agencia
¿Cuáles fueron los resultados de esa denuncia?	
<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 www.Lni.wa.gov . Nuestros avisos detallados de privacidad y seguridad están a disposición de todos los usuarios de internet. Consulte: www.Lni.wa.gov/agency/privacy-security-statement .
Certifico bajo pena de perjurio que la información provista en el presente documento es veraz en la medida de mi conocimiento.	
Firma (a máquina o en letra de molde)	Fecha

Siguientes pasos:

1. **Revise el formulario.** Asegúrese de que la información es tan completa y precisa como sea posible.
2. **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.
3. **Envíe el formulario usando nuestro procedimiento de carga segura de archivos.** [Cargue aquí el archivo que acaba de guardar](#). También puede usar el enlace para enviarnos fotografías, videos, documentos y otra información de sustento, junto con este formulario. Envíe el formulario y toda la documentación que tenga al mismo tiempo, usando este enlace.

¿Necesita ayuda?

Si tiene algún problema, envíe un mensaje a EyeOnSafety@Lni.wa.gov y le ayudaremos.

También puede enviar su formulario por correo o fax:

Envíe el formulario contestado por correo a: Department of Labor & Industries
DOSH Discrimination Program
PO Box 44600
Olympia WA 98504-4600

Envíe el formulario contestado por fax al: 360-902-5482

Más información sobre la discriminación y la DOSH

Usted tiene derecho a un lugar de trabajo seguro y saludable – ¡es la ley!

Sus derechos en los términos de [RCW 49.17.160](#)(1) y (2) son:

RCW 49.17.160 Prohibición de la discriminación en contra de un trabajador que presenta una denuncia, inicia un procedimiento o testifica Medida cautelar.

- (1) Ninguna persona debe despedir o discriminar de manera alguna a cualquier trabajador debido a que dicho trabajador ha presentado cualquier denuncia, o iniciado o hecho que se inicie cualquier procedimiento, en los términos de este capítulo, o a que ha testificado o está a punto de testificar en un procedimiento, o porque dicho trabajador ejerció, para sí mismo o para otros, cualquier derecho que le concedía este capítulo.
- (2) **Todo trabajador que crea que ha sido despedido o discriminado por otra persona infringiendo esta sección puede, dentro de un plazo de treinta días de que ocurra dicha infracción, presentar una denuncia a la dirección en la que alegue dicha discriminación.** Tras recibir dicha denuncia, el director deberá encargarse de que se inicie la investigación que considere apropiada. Si después de realizar la investigación el director determina que se han infringido las disposiciones de esta sección, deberá iniciar una demanda, ante la corte superior del condado en donde se presume que ocurrió la infracción, en contra de la persona o las personas que sean acusadas de infringir las disposiciones de esta sección. Si el director determina que no se han infringido las disposiciones de esta sección, el trabajador puede iniciar la demanda por sus propios medios dentro de un plazo de treinta días de dicha determinación. En caso de dicha demanda, la corte superior tendrá jurisdicción, con causa justificada, para refrenar las infracciones a la subsección (1) de esta sección y para ordenar las reparaciones apropiadas, que incluyen la recontractación o reincorporación del trabajador a su puesto anterior, con el pago retroactivo de salarios.

Para presentar una denuncia federal:

Si trabaja en el sector privado o en el Servicio Postal de Estados Unidos, también puede presentar una denuncia por represalias en los términos de la Sección 11(c) de la Ley Federal de Seguridad y Salud Ocupacional (OSH, por sus siglas en inglés). Para hacerlo, debe presentar su denuncia al Departamento de Trabajo de EE. UU. – OSHA dentro de un plazo de treinta (30) días del acto de represalia. Si no presenta una denuncia por represalias ante la OSHA dentro del plazo especificado, renunciará a sus derechos de acuerdo con la Sección 11(c) de la OSH. Aunque la OSHA no realizará una investigación paralela, presentar una denuncia federal le permite solicitar una revisión federal de su denuncia por represalias en caso de que esté inconforme con la determinación administrativa definitiva del estado, después de que concluya el proceso de apelación estatal. Para presentar esta denuncia, comuníquese con el representante de la Oficina Regional de la OSHA que se indica a continuación:

Dirección postal:

Regional Supervisory Investigator
U.S. DOL / OSHA
300 5th Avenue Suite 1280
Seattle WA 98104

Número de teléfono:
206-757-6700

Número de Fax:
206-757-6705

Puede ver más información sobre la discriminación en el trabajo en:

www.Lni.wa.gov/WorkplaceDiscrimination

Department Use Only (Solo para uso del Departamento)

Location Complaint Filed:

Phone Number

Phone Number

Phone Number