

هذا النموذج متاح أيضا على <https://www.cdc.gov/niosh/hhe/request.html>

اسم مكان العمل _____

عنوان مكان العمل _____

الشارع _____ المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

ما نوع العمل الذي يتم إنجازه في هذا الموقع؟ _____

كم عدد الأشخاص الذين يعملون في هذا الموقع؟ _____

3 أو أقل 9-4 49-10 99-50 249-100 250 أو أكثر

من المسؤول عن صحة الموظفين وسلامتهم في مكان العمل هذا؟ _____

الاسم _____ المسمى الوظيفي _____ رقم الهاتف _____

ما المواد أو العوامل أو ظروف العمل الخطيرة التي تثير القلق؟ يرجى تضمين الأسماء الكيميائية أو الأسماء التجارية أو اسم الشركة المصنعة أو غيرها من معلومات التعريف، إذا كانت معروفة.

ما المخاوف الصحية لدى الأشخاص في منطقة العمل هذه؟ _____

في أي منطقة عمل، مثل مبنى أو قسم، يكمن الخطر؟ _____

كم عدد الأشخاص الذين يعملون في هذا المنطقة؟ _____

250 أو أكثر 249-100 99-50 49-10 9-4 3 أو أقل صف العمل الذي يقوم به الأشخاص في هذا المنطقة.

أكمل هذا القسم إذا كنت موظفًا تقدم طلبًا
(انظر الصفحة رقم 2 إذا كنت ممثلًا لنقابة أو ممثلًا لصاحب عمل)

الاسم (يرجى الكتابة بوضوح): _____

ما العنوان الذي يمكن استخدامه لإرسال المعلومات إليك؟ _____

رقم الهاتف الذي ترغب في أن يتم الاتصال بك من خلاله: (_____) _____

أفضل وقت للاتصال: _____ صباحاً أو مساءً.

عنوان البريد الإلكتروني الذي ترغب في التواصل معك من خلاله: _____

هل يمكن للمعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية الكشف عن اسمك لصاحب العمل؟ _____

يرجى وضع علامة بجوار أحد الاختيارات: _____

أنا موظف في الوقت الحالي ويتعرض 3 موظفين أو أقل للخطر.

أنا موظف في الوقت الحالي ويتعرض أكثر من 3 موظفين للخطر.

في حالة تحديديك لهذا الخيار، فسيحتاج موظفان آخران إلى التوقيع على هذا النموذج مع تقديم معلومات الاتصال الخاصة بهما.

الموظف الثاني

الاسم (يرجى الكتابة بوضوح): _____

ما العنوان الذي يمكن استخدامه لإرسال المعلومات إليك؟

رقم الهاتف الذي ترغب في أن يتم الاتصال بك من خلاله: (_____) الشارع
أفضل وقت للاتصال: _____ صباحاً أو مساءً. المدينة
عنوان البريد الإلكتروني الذي ترغب في التواصل معك من خلاله: _____ الولاية
هل يمكن للمعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية الكشف عن اسمك لصاحب العمل؟ لا نعم

الموظف الثالث

الاسم (يرجى الكتابة بوضوح): _____

ما العنوان الذي يمكن استخدامه لإرسال المعلومات إليك؟

رقم الهاتف الذي ترغب في أن يتم الاتصال بك من خلاله: (_____) الشارع
أفضل وقت للاتصال: _____ صباحاً أو مساءً. المدينة
عنوان البريد الإلكتروني الذي ترغب في التواصل معك من خلاله: _____ الولاية
هل يمكن للمعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية الكشف عن اسمك لصاحب العمل؟ لا نعم

أكمل هذا القسم إذا كنت ممثلاً لنقابة

اسم النقابة: _____

العنوان: _____

الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

ما وظيفتك في النقابة؟ _____

أكمل هذا القسم إذا كنت ممثلاً لصاحب العمل

الاسم: _____

ما وظيفتك في الشركة أو الوكالة أو المنظمة؟ _____

بالنسبة للجميع

هل قامت وكالة حكومية أخرى بتقييم مكان العمل هذا؟

لا نعم لا أعرف

إذا كانت الإجابة بنعم:
ما الوكالة؟ _____

في أي عام تم إجراء التقييم؟ _____

ضع علامة هنا إذا كان هذا التقييم قيد التنفيذ الآن

لا نعم لا أعرف

هل يجري الآن تقديم طلب للمخاطر بمعرفة وكالة أخرى؟

إذا كانت الإجابة بنعم:

ما الوكالة؟ _____

كيف تعرفت على برنامج تقييم المخاطر الصحية التابع للمعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية؟

موقع المعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية فيسبوك موقع إلكتروني آخر (وضح: _____)
رقم مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها 1-800 نقابة زملاء العمل مسؤول بإحدى الشركات
مجلة أو نشرة إخبارية خاصة بإحدى الحرف/الصناعات/النقابات غير ذلك (وضح: _____)

لتقديم هذا النموذج عبر البريد الإلكتروني، احفظ النموذج المكتمل على الحاسوب الخاص بك وأرسله كمرفق بريد إلكتروني إلى

HHERequestHelp@cdc.gov.

لتقديم هذا النموذج عن طريق الفاكس، أرسله إلى رقم 841-4488 (513).

لتقديم هذا النموذج عن طريق البريد، أرسله إلى: المعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية

Tusculum Ave, MS R-9 1090

Cincinnati, Ohio 45226-1998

شكراً لك على تقديم هذا النموذج سيصلك ردًا منا خلال 10 أيام.

