

此表格亦可在此获取: <https://www.cdc.gov/niosh/hhe/request.html>

工作单位名称 _____

工作单位地址 _____

街 市 州 邮政编码

在此处做何种工作? _____

有多少人在此处工作?

3人以下 4-9人 10-49人 50-99人 100-249人 250人以上

谁负责本工作单位员工的健康和安全?

姓名 _____ 称号 _____ 电话号码 _____

哪些有害物质、药剂或工作条件值得关注? 如果已知, 请包括化学品名称、商品名称、制造商名称或其他识别信息。

在此工作区域的工作人员有哪些健康担忧?

在哪个工作区域, 比如具体的大楼或部门, 有危险? _____

有多少人在此区域工作? 3人以下 4-9人 10-49人 50-99人 100-249人 250人以上

请描述工作人员在此区域所做的工作。

您若是作为员工提交申请表, 请填写此部分 (您若是工会或雇主代理, 请参阅第2页)

名称 (请清晰签名): _____

我们可以向您发送信息的地址: _____

街 市 州 邮政编码

您所偏好的联系电话号码: (____) _____

来电最佳时间: _____ 上午 或 下午

您所偏好的联系电子邮箱地址: _____

您是否允许美国国家职业安全卫生研究所 (NIOSH) 向您雇主透露您的名字? 否 是

请勾选一个:

我是一名在职员工, 有3名以下的员工暴露在危险中。

我是一名在职员工, 有3名以上的员工暴露在危险中。

如果勾选此框, 则需要另外两名员工在此表单上签名并提供其联系信息。

第二名员工

名称（请清晰签名）：_____

我们可以向您发送信息的地址：_____ 街 _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您所偏好的联系电话号码：(____) _____

来电最佳时间：_____ 上午 或 下午 _____

您所偏好的联系电子邮箱地址：_____

您是否允许美国国家职业安全卫生研究所（NIOSH）向您雇主透露您的名字？ 否 是

第三名员工

名称（请清晰签名）：_____

我们可以向您发送信息的地址：_____ 街 _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您所偏好的联系电话号码：(____) _____

来电最佳时间：_____ 上午 或 下午 _____

您所偏好的联系电子邮箱地址：_____ 否 是

您若是作为工会代理提交申请表，请填写此部分

工会名称：_____

地址：_____ 街 _____ 市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

您在工会的职位：_____

您若是作为雇主代理提交申请表，请填写此部分

姓名：_____

您在公司、机构或组织的职位：_____

适用于每位申请人

其他政府机构是否有评估过此工作单位？ 否 是 不知

若选“是”：

什么机构？ _____

评估是在哪一年完成的？ _____

若此评估正在进行中，请在此勾选

是否向其他机构提交了健康危害请求？ 否 是 不知

若选“是”：

什么机构？ _____

您如何得知NIOSH的健康危害评估项目？

NIOSH 网站 脸书 (Facebook) 其他网站（请详细解释）： _____

美国疾病控制与预防中心 (CDC) 1-800 电话号码 工会 同事 公司官员

职业/行业/工会杂志或通讯 其他（请详细解释）： _____

通过电子邮件提交此表格，请将完成的表格保存到您的计算机并将其作为电子邮件附件发送到

HHERequestHelp@cdc.gov.

通过传真提交此表格，请发送到 (513) 841-4488.

通过邮件提交此表格，请寄送到： National Institute for Occupational Safety and Health

1090 Tusculum Ave, MS R-9

Cincinnati, Ohio 45226-1998

感谢您提交此表格。您将在10天内收到我们的答复。

