

Biểu mẫu này cũng có sẵn tại <https://www.cdc.gov/niosh/hhe/request.html>

Tên nơi làm việc _____

Địa chỉ nơi làm việc _____
Phố Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Loại công việc nào được thực hiện **tại địa điểm này?** _____

Có bao nhiêu người làm việc **tại địa điểm này?**

Từ 3 trở xuống 0 4-9 10-49 0 50-99 100-249 Từ 250 trở lên

Ai chịu trách nhiệm về sức khỏe và sự an toàn của nhân viên tại nơi làm việc này?

Họ tên _____ Chức vụ _____ Số điện thoại _____

Có những chất, tác nhân, hoặc điều kiện làm việc nguy hiểm nào đáng lo ngại? Nếu biết, vui lòng nêu tên hóa học, tên thương mại, tên nhà sản xuất, hoặc thông tin nhận dạng khác.

Những người trong khu vực làm việc này có những lo ngại gì về sức khỏe?

Mối nguy hiểm xảy ra ở khu vực làm việc nào, chẳng hạn như tòa nhà hoặc phòng ban nào? _____

Có bao nhiêu người làm việc **trong lĩnh vực này?** Từ 3 trở xuống 4-9 10-49 50-99 100-249 Từ 250 trở lên

Mô tả công việc mọi người làm trong lĩnh vực này.

Hoàn thành phần này nếu quý vị là nhân viên gửi đơn yêu cầu
(Xem trang 2 nếu quý vị là đại diện công đoàn hoặc chủ lao động)

Họ tên (In hoa): _____

Địa chỉ mà chúng tôi có thể gửi thông tin cho quý vị? _____
Phố Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Số điện thoại mà quý vị muốn được gọi: (_____) _____

Thời gian tốt nhất để gọi: _____ sáng hoặc chiều/tối

Địa chỉ email mà quý vị muốn được liên hệ: _____

NIOSH có thể tiết lộ tên của quý vị cho chủ lao động của quý vị không? Không Có

Vui lòng chọn một lựa chọn:

Tôi là nhân viên hiện tại và có từ 3 nhân viên trở xuống có nguy cơ gặp nguy hiểm.

Tôi là nhân viên hiện tại và hơn 3 nhân viên có nguy cơ gặp nguy hiểm.

Nếu quý vị chọn ô này, hai nhân viên khác cần ký tên vào biểu mẫu này và cung cấp thông tin liên hệ của họ.

Nhân viên Thứ hai

Họ tên (In hoa): _____

Địa chỉ mà chúng tôi có thể gửi thông tin cho quý vị? _____
Phố Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Số điện thoại mà quý vị muốn được gọi: (____) _____

Thời gian tốt nhất để gọi: _____ sáng hoặc chiều/tối

Địa chỉ email mà quý vị muốn được liên hệ: _____

NIOSH có thể tiết lộ tên của quý vị cho chủ lao động của quý vị không? Không Có

Nhân viên Thứ ba

Họ tên (In hoa): _____

Địa chỉ mà chúng tôi có thể gửi thông tin cho quý vị? _____
Phố Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Số điện thoại mà quý vị muốn được gọi: (____) _____

Thời gian tốt nhất để gọi: _____ sáng hoặc chiều/tối

Địa chỉ email mà quý vị muốn được liên hệ: _____

NIOSH có thể tiết lộ tên của quý vị cho chủ lao động của quý vị không? Không Có

Hoàn thành phần này nếu quý vị là đại diện công đoàn

Tên công đoàn: _____

Địa chỉ : _____
Phố Thành phố Tiểu bang Mã Zip

Chức vụ của quý vị trong công đoàn là gì? _____

Hoàn thành phần này nếu quý vị là đại diện chủ lao động

Họ tên: _____

Chức vụ của quý vị trong công ty, cơ quan, hay tổ chức là gì? _____

Dành cho tất cả mọi người

Đã có cơ quan chính phủ nào khác đánh giá nơi làm việc này chưa? Không Có Không biết

Nếu có:
Cơ quan nào? _____

Việc đánh giá được thực hiện vào năm nào? _____

Chọn ô này nếu việc đánh giá đang được tiến hành

Đơn yêu cầu đánh giá mối nguy hiểm có được đệ trình cho cơ quan khác không? Không Có Không biết

Nếu có:
Cơ quan nào? _____

Quý vị biết về Chương trình Đánh giá Mối nguy hiểm Sức khỏe NIOSH thông qua đâu?

Trang web NIOSH Facebook Trang web khác (Nêu rõ: _____)

Số 1-800 của CDC Công đoàn Đồng nghiệp Cán bộ công ty

Tạp chí hoặc bản tin thương mại/công nghiệp/công đoàn Khác (Nêu rõ : _____)

Để gửi biểu mẫu này qua email, hãy lưu biểu mẫu đã điền đầy đủ thông tin vào máy tính của quý vị và gửi dưới dạng tệp đính kèm trong email đến HHERequestHelp@cdc.gov.

Để gửi biểu mẫu này qua fax, hãy gửi đến số (513) 841-4488.

Để gửi biểu mẫu này qua đường bưu điện, hãy gửi đến địa chỉ: National Institute for Occupational Safety and Health

1090 Tusculum Ave, MS R-9

Cincinnati, Ohio 45226-1998

Cảm ơn quý vị đã gửi biểu mẫu này. Quý vị sẽ nhận được phản hồi từ chúng tôi trong vòng 10 ngày.

