



Iowa OSHA Whistleblower Cuestionario

Fecha

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Número de Teléfono Móvil

Dirección de Correo Electrónico

Fecha de Contratación

Acción: (Despedido(a)/Disciplinado(a)/otro)

Fecha en que se Tomó la Acción Anterior

Salario Final, \$ por hora/semana/mes

Título Del Puesto

Departamento

Supervisor Inmediato

Nombre del Empleador

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Funcionario de la Empresa y Título

Este cuestionario, que consta de \_\_\_\_ páginas, contiene hechos que son verdaderos y correctos ami leal saber y entender. Comprendo que el Código de Iowa 88.14(7) tipifica como delito la realización a sabiendas de una declaración, representación o certificación falsa en cualquier solicitud, registro, informe, plan u otro documento.

Firma

Fecha

Unión: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Nombre de la Unión \_\_\_\_\_ Número de Miembros \_\_\_\_\_

Local de la Unión # \_\_\_\_\_ Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Delegado \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

Agente de Negocios \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la razón de la empresa para la acción tomada y el oficial de la empresa que tomó esa acción?

---

---

---

¿Cuál cree que fue el motivo de la acción que se tomó contra usted? (Dé una breve explicación)

---

---

---

¿Se llevó a cabo alguna acción contra otro(s) empleado(s) por el mismo motivo? (En caso afirmativo, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono de esas personas)

---

---

¿Ha hecho la solicitud del Seguro de Desempleo? \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Apelación \_\_\_\_\_

¿Se ha negado alguna vez cumplir con algún trabajo? (Explique) \_\_\_\_\_

---

¿Ha recibido alguna vez medidas disciplinarias, como reprimendas o advertencias? \_\_\_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

---

¿Se ha quejado alguna vez a la compañía por lo que consideraba una condición insegura y a quién lo hizo? En caso afirmativo, ¿cuál era la situación de inseguridad y cuándo la denunció?

---

---

---

¿Se ha quejado alguna vez a la compañía por lo que consideraba una condición insegura y a quién lo hizo? En caso afirmativo, ¿cuál era la situación de inseguridad y cuándo la denunció?

---

---

---

¿Sabían los oficiales de la compañía de su queja? ¿Quién sabía y cómo crees que lo supieron?

---

---

¿Tenía algún otro empleado conocimiento de su queja? En caso afirmativo, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono(s)

---

---

---

Nombre las personas (testigos) que puedan apoyar su reclamación de discriminación por sus actividades de seguridad y salud. Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono, y dé una breve explicación, como por ejemplo una conversación que hayan podido escuchar entre usted y un supervisor, entre oficiales de la compañía, etc:

---

---

---

---







Documento de Autorización

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ que entregue a la División de Trabajo de Iowa copias de mi expediente personal, de mi historial médico y de cualquier documentación solicitada.

\_\_\_\_\_

Escriba Nombre

Firma

Fecha