English	Korean
OSHA Online Complaint Form	OSHA 온라인 진정서
Notice of Alleged Safety or Health Hazards	안전 또는 건강 위험 요소 통지
EMERGENCY NOTICE	긴급 통지
Do Not Report an Emergency Using this Form or Email!	이 양식 또는 이메일을 이용해서 긴급 상황을 보고하지 마십시오 !
To report an emergency, fatality, or imminent life threatening situation please contact our toll free number immediately:	긴급 상황, 사망, 또는 긴급한 생명 위협 상황을 보고하려면 즉시 우리 무료 전화에 연락하십시오.
1-800-321-OSHA (6742)	1-800-321-OSHA (6742)
TTY 1-877-889-5627	TTY 1-877-889-5627
Please fill out sections 1 through 19, but READ THIS FIRST. Items noted with an asterisk (*****) are required in order to accept your submission.	1 ~ 19 번 항목을 작성하되 먼저 이 양식을 읽으십시오. 귀하의 제출을 승인하려면 별표(*)가 있는 항목을 필히 작성해야 합니다.
*1. Establishment Name	*1. 사업장 이름
Note: In order for OSHA to fully process your complaint, complete and accurate information about the worksite is necessary.	참고: OSHA 가 귀하의 진정서를 처리하려면, 작업장에 관한 정확한 정보를 작성해야 합니다.
*2. Site Street:	*2. 사업장 거리:
*3. Site City:	*3. 사업장 도시:
*4. Site State:	*4. 사업장 주:
*5. Site Zip Code:	*5. 사업장 우편번호:
6. Mailing Address (if different):	6. 우편 주소(다른 경우):
7. Management Official:	7. 관리 담당자:
8. Telephone Number:	8. 전화번호:
9. Type of Business:	9. 업태:
*10. Hazard Description.	*10. 위험 설명.
Describe briefly the hazards(s) which you believe exist. Include the approximate number of employees exposed to or threatened by each hazard:	귀하가 존재한다고 생각하는 위험 요소(들)을 간략하게 기술하십시오. 각 위험 요소에 노출되었거나 위협을 받고 있다고 생각되는 대략의 종업원 수를 포함시키십시오.
*11. Hazard Location.	*11. 위험 위치.
Specify the particular building or worksite where the alleged violation exists:	위반 사항이 존재하는 해당 건물이나 작업장을 기술하십시오.
***12. This condition has been brought to the attention of:** (*Choose all that apply*)	***12.** 이 조건은 다음 사람들의 주의를 끌었다.

☐ Employer ☐ Other Government Agency (specify)	(해당 하는 것 모두 선택) ☐ 고용주 ☐ 다른 정부 기관(기술하십시오)
13. I am a(n): ☐ Former Employee ☐ Current Employee ☐ Federal Safety and Health Committee ☐ Representative of Employees ☐ Other: (specify)	13. 나는 _____ 입니다. ☐ 이전 종업원 ☐ 현재 종업원 ☐ 연방 안전 및 보건 위원 ☐ 종업원 대표 ☐ 기타 (자세히 기술)
The OSH Act gives complainants the right to request that their names not be revealed to their employer. Providing your name and address, will only allow OSHA staff to communicate with you regarding your complaint.	OSH Act(산업안전보건법)은 진정인이 자신의 이름을 고용주에게 밝히지 않도록 요구할 권한을 부여하고 있습니다. 귀하의 이름과 주소를 제공하는 것은 귀하의 진정 내용에 관하여 귀하와 OSHA 직원의 의사소통에만 이용됩니다.
14. Please Indicate Your Desire: ☐ Do NOT reveal my name to my Employer ☐ My name may be revealed to the Employer	14. 가 원하는 바를 기술하십시오: ☐ 제 이름을 제 고용주에게 밝히지 마십시오 ☐ 제 이름을 고용주에게 밝혀도 좋습니다
*15. Complainant Name:	*15. 진정인 성명:
☐ ***This constitutes my electronic signature.*** **(If this box is checked, this submission shall be considered as an authorized written signature.)**	☐ 이것은 나의 전자 서명입니다. (이 상자에 체크표시하면, 이 제출물이 권한을 위임 받은 서명으로 간주됩니다.)
*16. Complainant Telephone Number:	*16. 진정인 전화번호:
17. Complainant Mailing Address Street: City: Sate: ZIP Code:	17. 진정인 우편주소: 거리: 시: 주: 우편번호:
*18. Complainant E-Mail Address:	*18. 진정인 이메일 주소:
19. If you are an authorized representative of employees affected by this complaint, please state the name of the organization that you represent and your title: Organization Name: Your Title:	19. 귀하가 이 진정인의 영향을 받은 종업원의 위임받은 대표자인 경우, 귀하가 대표하는 조직의 이름과 귀하의 직책을 적으십시오. 조직 이름: 귀하의 직책:

SEND	보내기
Clear Form	양식 지우기
Punishment for Unlawful Statements	불법 행위에 대한 처벌
Potential complainants also should keep in mind that it is unlawful to make any false statement, representation, or certification in any complaint. Violations can be punished under Section 17(g) of the OSH Act by a fine of not more than $10,000, or by imprisonment of not more than 6 months, or by both.	진정인은 모든 거짓 진술, 거짓 대리 또는 진정건에 대한 거짓 보증은 위법이라는 사실을 유념해야 합니다. 위법 행위는 OSH 법 17(g) 항에 따라 $10,000 이하의 벌금에 처해지거나, 6 개월 이하의 징역 또는 두 가지 모두에 해당하는 처벌을 받을 수 있습니다.
Public reporting burden for this voluntary collection of information is estimated to vary from 15 to 25 minutes per response with an average of 17 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An Agency may not conduct or sponsor, and persons are not required to respond to the collection of information unless it displays a valid OMB Control Number. Send comment regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to the Directorate of Enforcement Programs, Department of Labor, Room N-3119, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210.	우리는 이 자발적 정보 수집을 위한 공공 보고서의 작성에 지시 사항 검토, 기존 데이터 출처 검색, 필요한 데이터 수집 및 유지, 정보 작성 및 검토를 포함하여 응답당 평균 17 분이 소요되며, 응답 당 15 ~ 25 분이 소요되는 것으로 판단하고 있습니다. 정부기관은 실행 또는 후원할 수 없으며, 유효한 관리 번호가 없는 경우에는 이 양식을 작성할 필요가 없습니다. 이러한 공적 부담의 경감 방안을 포함하여 우리 기관의 소요시간 평가 또는 다른 모든 진정서 양식과 관련된 내용에 대한 의견이 있는 경우 노동부 연방 계약준수 프로그램 정책국 (Directorate of Enforcement Programs, Department of Labor. Room N-3119, 200 Constitution Ave., NW, Washington, DC; 20210)으로 제안 사항을 보내 주십시오.
OMB Approval# 1218-0064; Expires: 08-31-2017	*OMB Approval# 1218-0064;* 만료*: 08-31-2017*
DO NOT SEND THE COMPLETED FORM TO THIS OFFICE.	작성된 양식을 이 사무소로 발송하지 마십시오.