DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS
441 4TH STREET, NW, SUITE 450 NORTH
WASHINGTON, DC 20001-2714
Tel: (202) 442-9094 · Fax: (202) 442-4789 · Correo electrónico: oah.filing@dc.gov

Apelación de una decisión o mandato del Departamento de Servicios Humanos (en inglés, DHS) o un proveedor de DHS

Utilice este formulario si desea una audiencia ante un juez de derecho administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o falta de acción de DHS o un proveedor de DHS en relación con un programa de asistencia de alquiler. ***Usted debe adjuntar copias de cualquier orden u otra notificación o notificaciones que haya recibido.***

Sección 1 – Contacto

Escriba su nombre en letra de molde:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico *(si tiene)*): ☐ Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Su circunscripción (Ward) (*si la sabe*):
Si tiene representante para este caso (marque lo que corresponda): ☐ Representante no abogado ☐ Abogado ☐ Gerente de Caso	
Nombre del representante :	Dirección del representante:
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico: ☐ Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Agencia (*si la hay*):

Sección 2 –Información sobre beneficios

Solicito una audiencia sobre los programas siguientes (Marque la casilla que corresponda):

☐ Programa de Relocalización y Estabilización Familiar (FRSP)

☐ Ayuda de Emergencia de Alquiler (ERAP)

☐ Vivienda Permanente de Apoyo (PSH)

☐ Programa de Violencia Doméstica

☐ Otro (por favor explique): _____

(véase el reverso)

Nombre de su proveedor de ayuda de alquiler: _____

Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia? (*Adjunte copias de Notificaciones recibidas)*

☐ **Yo solicité ayuda de alquiler**. No he recibido la ayuda de alquiler que yo solicité.

☐ He estado recibiendo la ayuda de alquiler. **Mi ayuda de alquiler paró o está al parar.**

Fecha que la ayuda de alquiler paró o va a parar: _____

Título de la notificación recibida: _____ Fecha Notificación: _____

☐ Otro (por favor especifique): _____

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) o notificación(es) y lo que desea que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

Sección 5 – Acceso a Idiomas

¿Necesita que la OAH le proporcione un intérprete para ayudarle a participar en la audiencia?

☐ SÍ ☐ NO

Si contesta que Sí, ¿qué idioma necesita?_____

Sección 6 – Adaptación razonable

¿Necesita una adaptación razonable que le ayude a participar en la audiencia?

☐ SÍ ☐ NO

Si contesta que Sí, haga el favor de explicar: _____

Sección 7 – ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Persona que preparó la solicitud de audiencia (salvo que la solicitud haya sido por teléfono):

_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de molde	Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia

(si no aparece arriba)

_____

_____

No llene esta casilla. Reservada para la Secretaría de la OAH.
Recibido por_____ Fecha: _____