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 de Albergue

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 un proveedor de albergue sujeto a Departamento de Servicios Humanos (en inglés, DHS). ***Usted debe adjuntar copia de la decisión del proveedor de albergue si la tiene.***

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 albergue

Nombre del Albergue: _____

Dirección del Albergue: _____

☐ Mi grupo familiar incluye niños. Edades: _____

☐ Tengo necesidades especiales médicas/salud. Explique: _____

_____

☐ Estoy en un Programa de Violencia Doméstica

Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

(véase el reverso)

☐ Yo fui removido o estoy al ser **removido** de un albergue.

¿Fecha de remoción? _____ ¿Fecha de aviso? _____

☐ Yo fui o estoy a ser **suspendido** de un albergue**.**

¿Fechas inicial y final de la suspensión? _____

¿Fecha del aviso?: _____

☐ Yo fui o estoy a ser **transferido** a otro albergue.

¿Fecha de la transferencia? _____ ¿Fecha del aviso? _____

☐ Mis **derechos** como residente del albergue fueron violados.

☐ Otro (por favor especifique): _____

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

Sección 4– 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 5 – 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 6– ¿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: _____