**Distrito de Columbia**

**Oficina de audiencias Administrativas
441 4th Street NW, Suite 450 North
Washington, DC 20001**

**Solicitud de audiencia conforme al**

**programa de compensación de trabajadores en el sector público**

**Use este formulario para solicitar una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo para apelar un fallo (Notificación de fallo) de la Oficina de Gestión de Riesgo (Office of Risk Management, “ORM”) sobre los beneficios de los trabajadores en el sector público.**

**LAS INSTRUCCIONES DE ESTE LADO CONTINÚAN AL DORSO**

 **Si necesita ayuda o información, llame al (202) 442-9094**

**PLAZO PARA APELAR:** Su pedido debe llegar a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) dentro de los **30 días** corridos contados a partir de la fecha en que la ORM anuncia su decisión. Si el plazo de 30 días cae en sábado, domingo o feriado legal, el plazo se extiende hasta el próximo día que la OAH esté abierta.

**Es posible que si usted presenta un pedido después de vencido el plazo el juez desestime su caso. Usted es responsable de radicar su pedido antes de que venza el plazo de apelación.**

**Nadie tiene autorización para darle instrucciones diferentes sobre el plazo.**

**Junto con este formulario presente una copia del fallo de la ORM que usted está apelando, y todos los adjuntos que pueda tener. Puede presentar este formulario primero si lo desea, pero no podremos fijar una fecha de audiencia ni proceder con su caso hasta que usted presente una copia del fallo de la ORM que está apelando.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del reclamante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Dirección COMPLETA (con número de unidad, código postal):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número del reclamo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Representante (si lo hay):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Dirección COMPLETA (con número de unidad, código postal):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Tipo de fallo que apela:*** Dictamen inicial, conforme a D.C. Code § 1-623.24(b), por el cual se deniegan beneficios;
* Fallo definitivo, conforme a D.C. Code § 1-623.23(a-2)(4), sobre la necesidad, tipo o suficiencia de la atención o servicios médicos tras apelación de un examen de utilización;
* Modificación, conforme a D.C. Code § 1-623.24(d), de beneficios acordados;
* Pedido de que se determine, conforme a D.C. Code § 1-623.06a, si el reclamante tiene una discapacidad permanente.

**Fecha del fallo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Agencia empleadora cuando ocurrió la lesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **MÁS INSTRUCCIONES AL DORSO** **** |
| Motivo de su desacuerdo con la decisión de la ORM (Explique por qué usted considera que la decisión no es correcta, mencione los hechos principales que apoyan cada razón, y diga qué desea usted que haga el Juez de Audiencias Administrativas. Use papel adicional si hace falta): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**He leído esta Solicitud de Audiencia y juro o afirmo que su contenido es verdadero y correcto a mi leal saber y entender.**

**FIRMA DEL REP. DEL RECLAMANTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Necesitará INTÉRPRETE para la audiencia? ¿Qué IDIOMA? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **¿Necesitará alguna adaptación razonable? Explique:**

**DÓNDE PRESENTAR SU PEDIDO: DEBE** presentar su pedidoante la Oficina de Audiencias Administrativas**.** No presente su pedido ante laORM ni el Departamento de Servicios de Empleo (Department of Employment Services).

* Puede presentar su pedido por correo postal, en persona, por fax o por correo electrónico (e-mail):

**Por correo postal o en persona**. Puede presentar una solicitud personalmente cualquier día de semana entre las 9:00 de la mañana y las 5:00 de la tarde, o por correo postal en la siguiente dirección. Para entrar al edificio se necesita identificación con foto:

## Office of Administrative Hearings

## One Judiciary Square

## 441 Fourth Street, NW, Suite 450 North

## Washington, DC 20001-2714

Si envía su solicitud por correo postal, la OAH debe recibirla dentro del plazo de la apelación.

**Por fax**. Envíe su apelación por fax a **(202) 442-4789**. Los faxes recibidos después de las 5:00 de la tarde o en días no hábiles se consideran “radicados” al día hábil siguiente. Una apelación enviada por fax no se radicará a menos que esté completa y legible cuando se la reciba.

**Por correo electrónico (e-mail)**. Envíe su mensaje electrónico a **OAH.FILING@DC.GOV**. Rellene este formulario y adjúntelo a su mensaje.

**REGLAS**: Las Reglas procesales de la Oficina de Audiencias Administrativas se encuentran en [oah.dc.gov](http://oah.dc.gov/node/1123502) y en el centro de información de la Oficina de Audiencias Administrativas.