

DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS
One Judiciary Square
441 4th Street, NW, Suite 450N Washington, DC 20001-2714
Tel: (202) 442-9094 • Fax: (202) 442-4789 - Email: oah.filing@dc.gov

SOLICITUD DE AUDIENCIA EN CASO DE LA OFICINA DE LICENCIA PAGA POR MOTIVOS DE FAMILIA

SECCIÓN 1 – DATOS PERSONALES

Nombre (en letra de molde): _____ Abogado/Representante (si hay): _____
Dirección: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono: _____
Email: _____ Email: _____

SECCIÓN 2 – DECISIÓN DE LA OFICINA DE LICENCIA PAGA POR MOTIVOS DE FAMILIA /RAZÓN PARA SOLICITAR AUDIENCIA

Estoy apelando y adjunto una copia de:

la decisión de un árbitro de reclamos Fecha de la decisión: _____
la decisión de una reconsideración (si la hubo) Fecha de la decisión: _____

Nota: Una apelación tiene que ser presentada con la OAH dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en que la decisión o la reconsideración sea emitida.

FAVOR INDICAR EL TIPO DE DECISIÓN USTED ESTÁ APELANDO.

Si es que Peticionario puede recibir beneficios bajo el Programa Licencia Universal Paga por Motivos de Familia
Monto semanal de beneficios pagaderos al Peticionario bajo el Programa Licencia Universal Paga por Motivos de Familia
Fecha de iniciar pagos de beneficios Licencia Universal Paga por Motivos de Familia al Peticionario
Número de semanas que el Peticionario puede recibir beneficios Licencia Universal Paga por Motivos de Familia
Denegación provisional de la solicitud para beneficios Licencia Universal Paga por Motivos de Familia

Favor incluir una breve descripción del porqué de su desacuerdo con la decisión:

SECCIÓN 3 –ACCESO A IDIOMA

¿Necesita usted interpretación de idioma?

Sí No

Sí, especifique idioma: _____

SECCIÓN 4 – ADAPTACIONES PARA DISCAPACIDAD

¿Necesita usted adaptación razonable para discapacidad durante la audiencia?

Sí No

Sí, favor especificar: _____

SECCIÓN 5 – FIRMA DEL PETICIONARIO

Firma: _____

Fecha: _____