



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
 Presentación por vía electrónica: <https://ecourt.oah.dc.gov/public-portal>

Apelación de una decisión final del Departamento de Edificación (DOB) con respecto a una orden de interrupción de trabajo

Puede usar este formulario si apeló una Orden de interrupción de trabajo ante el DOB y este rechazó su apelación o no ha actuado oportunamente en su apelación. Si están disponibles, adjunte copias de la Orden de interrupción de trabajo y de la apelación que presentó ante el DOB.

Sección 1: Información de contacto

Marque una opción: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Otra:	
Su nombre:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico (<i>si tiene una</i>):	Su zona (<i>si la conoce</i>):
<input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	
<i>Si tiene un representante para este caso:</i>	
<input type="checkbox"/> Representante que no es abogado (de conformidad con la regla 2835 de la OAH) <input type="checkbox"/> Abogado	
Nombre del representante:	Teléfono del representante:
Dirección de correo electrónico del representante:	Dirección del representante:
<input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	

Sección 2: Información sobre la Orden de interrupción de trabajo

Fecha de la Orden de interrupción de trabajo: _____

Fecha de apelación ante el funcionario de revisión del DOB: _____

Dirección de la Orden de interrupción de trabajo: _____

¿Ha pagado la multa por la que ahora solicita un reembolso? SÍ NO

En caso afirmativo, incluya el recibo del DCRA de su pago de la multa y su cheque cancelado con este formulario.

→ → → Continúa en la segunda página → → →

Sección 3: ¿Por qué necesita una audiencia?

En el espacio que aparece a continuación, describa brevemente su motivo para presentar esta apelación, las fechas clave involucradas y lo que quiere que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

Sección 5: Acceso al idioma

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

Sí No

En caso afirmativo, ¿qué idioma necesita? _____

Sección 6: Adaptaciones razonables

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

Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Sección 7: ¿Quién preparó la apelación?

Firma de la persona que preparó la apelación:

Firma

Nombre en imprenta

Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la apelación (si no figura arriba en imprenta): _____