



**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](mailto:oah.filing@dc.gov)  
 Presentación por vía electrónica: <https://ecourt.oah.dc.gov/public-portal>

**Solicitud de apelación de una decisión del Departamento de Policía Metropolitana (MPD)  
 con respecto a una Certificación de un oficial de seguridad**

Use este formulario si desea solicitar una audiencia ante un juez de Derecho Administrativo porque no está de acuerdo con la decisión del MPD de **denegar, suspender o revocar una Certificación como oficial de seguridad. Debe adjuntar una copia del aviso del MPD que está apelando. NOTA:** La Oficina de Audiencias Administrativas **NO** tiene jurisdicción (autoridad) para resolver apelaciones relacionadas con licencias especiales de oficiales de policía bajo el título 6, subtítulo A, capítulo 11 de las Regulaciones Municipales del DC (DCMR).

**Sección 1: Información de contacto**

Su nombre en imprenta:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico (si tiene una):	Su zona (si la conoce):
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	
<i>Si tiene un representante para este caso o si tiene un gestor del caso (marque lo que corresponda):</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:	Dirección del representante:
<input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	

**Sección 2: ¿Por qué necesita una audiencia?**

Estoy apelando una (marque una opción):     Denegación     Revocación     Suspensión

En el espacio que aparece a continuación, describa brevemente el motivo de la denegación, revocación o suspensión del MPD:

→ → → Continúa en la segunda página → → →

En el espacio que aparece a continuación, brinde las razones por las que no está de acuerdo con la decisión del MPD y lo que quiere que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

#### Sección 4: Acceso al idioma

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

SÍ     NO

Si respondió SÍ, ¿qué idioma necesita? \_\_\_\_\_

#### Sección 5: Adaptaciones razonables

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

SÍ     NO

Si respondió SÍ, explique: \_\_\_\_\_

#### Sección 6: ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Firma de la persona que preparó la solicitud de audiencia:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_