

**DISTRITO DE COLUMBIA**  
**OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS**



441 4<sup>TH</sup> STREET, NW, SUITE 450 NORTH | WASHINGTON, DC 20001-2714  
TEL: (202) 442-9094 | CORREO ELECTRÓNICO: oah.filing@dc.gov |  
PRESENTACIÓN POR VÍA ELECTRÓNICA: ecourt.oah.dc.gov/public-portal

## **Apelación de un mandato de ejecución por la División de Servicios de Apoyo a la Niñez (en inglés, CSSD)**

*Utilice este formulario si desea una audiencia ante un juez de derecho administrativo porque no está de acuerdo con una acción de la División de Servicios de Apoyo a la Niñez (CSSD). **Debe adjuntar copias de cualquier Orden de expropiación u otro aviso que haya recibido.** Tal vez la OAH necesite una copia de la Orden de Incautación de Bienes u otra notificación para considerar adecuadamente su solicitud de audiencia.*

### **Sección 1 – Contacto**

<i>Información de la parte que presenta:</i>	
Su nombre:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico (si tiene): <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente.	Su circunscripción (Ward) (si la sabe):
<i>Información del representante (marque la casilla que corresponda):</i>	
<input type="checkbox"/> Representante no abogado <input type="checkbox"/> Abogado <input type="checkbox"/> Gerente de Caso	
Nombre del representante:	Dirección del representante:
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	Organización (si tiene):

### **Sección 2 – Información sobre manutención de menores**

Número IV-D, o cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Marque la casilla que corresponda a su situación:

- Debo o se alega que debo manutención de menores
- Soy titular de una cuenta conjunta con una persona que debe o se alega que debe manutención de menores

### Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

Marque todas las casillas que correspondan a su caso

- CSSD ha tomado medidas para cobrar fondos de mi **cuenta bancaria** o de otra cuenta.
- CSSD ha impuesto un **embargo sobre los fondos de mi acuerdo**.
- CSSD ha tomado medidas para **interceptar un pago** destinado a mí.
- CSSD me ha enviado un aviso sobre la suspensión de mi **permiso de conducir o de la matrícula del vehículo**.
- CSSD ha tomado otra medida. Describa la medida: \_\_\_\_\_

En el espacio a continuación, describa los motivos por los que no está de acuerdo con la decisión de CSSD, y lo que espera del juez de Derecho Administrativo, junto con cualquier otra información que el tribunal deba saber. 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):

Nombre del preparador (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del preparador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_