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 o mandato del Departamento de Salud del Comportamiento (DBH)

Utilice este formulario si desea una audiencia ante un juez de derecho administrativo porque no está de acuerdo con una decisión, acción o falta de acción del Departamento de Salud del Comportamiento (DBH) o un proveedor de DBH. ***Adjunte una copia de la decisión, si la tiene.***

Sección 1 – Contacto

Escriba su nombre en letra de molde:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico *(si tiene)*: ☐ Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Su circunscripción (Ward) (*si la sabe*):
Si tiene representante para este caso (marque lo que corresponda): ☐ Representante no abogado ☐ Abogado ☐ Gerente de Caso	
Nombre del representante :	Dirección del representante:
Teléfono:	
Dirección de correo electrónico: ☐ Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Agencia (*si la hay*):

Sección 2 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

☐ Recibo el subsidio **Hogar Primero** (en **inglés**, **Home First)**. Mi subsidio ha sido o va a ser **reducido, suspendido o terminado.**

☐ Vivo en un establecimiento de **Residencias Comunitarias de Salud mental** (en inglés, **Mental Health Community Residence)**. Estaban o están por **darme de alta** o **transferirme** a otro establecimiento o **trasladarme** dentro del establecimiento.

☐ He presentado una **queja** sobre mi proveedor de servicios de DBH. No estoy de acuerdo con el resultado del proceso de revisión de DBH.

☐ Otro (haga el favor de explicar):

_____

_____

(véase el reverso)

Sección 3 – Información sobre el establecimiento o el Proveedor (si corresponde)

Nombre del establecimiento o del proveedor:

_____

Dirección del establecimiento o del proveedor:

_____

_____

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) del DBH o de un proveedor, y lo que desea que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

Sección 5 – 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 6 – 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 7 – ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Persona que preparó la solicitud de audiencia (salvo que la solicitud haya sido por teléfono):

_____	_____	_____
Firma	Nombre en letra de molde	Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia

(si no aparece arriba)

_____

_____

No llene esta casilla. Reservada para la Secretaría de la OAH .
Recibido por_____ Fecha: _____