



**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

## 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 <i>(si tiene)</i> :  <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Su circunscripción (Ward) <i>(si la sabe)</i> :
<i>Si tiene representante para este caso (marque lo 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:  <input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente	Agencia <i>(si la hay)</i> :

### 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 .

Received By \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_