



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> : | Su circunscripción (Ward) <i>(si la sabe)</i> : |
| <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente | |
| <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: | Agencia <i>(si la hay)</i> : |
| <input type="checkbox"/> Da su consentimiento para recibir documentos por correo electrónico únicamente | |

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):

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: _____