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 Servicios por Discapacidad (DDS)

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 por parte del Departamento de Servicios por Discapacidad (DDS) o un proveedor de DDS. ***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?

Marque todas las casillas que se apliquen en su caso:

☐ Los apoyos o servicios de mi programa (como Rehabilitación vocacional o servicios de dispensa Medicaid Waiver) han sido **denegados o demorados.**

☐ Los apoyos o servicios de mi programa han sido o serán **reducidos o terminados**.

Fecha de la reducción o terminación: _____

☐ Tengo un problema con las políticas, los procedimientos o las prácticas de **DDS**.

☐ Tengo un problema con las políticas, los procedimientos o las prácticas de un proveedor.

(véase el reverso)

☐ Otro (haga el favor de explicar):

_____

Sección 3 – Información sobre beneficios

El programa o servicio se encuentra bajo una de las siguientes divisiones de DDS:

☐ Rehabilitation Services Administration (RSA, Administración de Servicios de Rehabilitación),

☐ Developmental Disabilities Administration (DDA, Administración de Discapacidades en el Desarrollo)

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) del DDS, y lo que desea que haga el juez. 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):

_____	_____	_____
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: _____