



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 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 (<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?

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 .

Received By _____ Date: _____