



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 Humanos (en inglés, DHS) o un proveedor de DHS

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 de DHS o un proveedor de DHS en relación con un programa de asistencia de alquiler. Usted debe adjuntar copias de cualquier orden u otra notificación o notificaciones que haya recibido.

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 – Información sobre beneficios

Solicito una audiencia sobre los programas siguientes (Marque la casilla que corresponda):

- Programa de Relocalización y Estabilización Familiar (FRSP)
- Ayuda de Emergencia de Alquiler (ERAP) - Fecha de desalojo (si está establecida): _____
- Vivienda Permanente de Apoyo (PSH)
- Programa de Violencia Doméstica
- Otro (por favor explique): _____

(véase el reverso)

Nombre de su proveedor de ayuda de alquiler: _____

Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia? (*Adjunte copias de Notificaciones recibidas*)

- Yo solicité ayuda de alquiler.** No he recibido la ayuda de alquiler que yo solicité.
- He estado recibiendo la ayuda de alquiler. **Mi ayuda de alquiler paró o está al parar.**
Fecha que la ayuda de alquiler paró o va a parar: _____
- Título de la notificación recibida: _____ Fecha Notificación: _____
- Otro (por favor especifique): _____

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) o notificación(es) 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: _____