



**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 de Albergue

*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 un proveedor de albergue sujeto a Departamento de Servicios Humanos (en inglés, DHS). Usted debe adjuntar copia de la decisión del proveedor de albergue 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 –Información sobre albergue

Nombre del Albergue: \_\_\_\_\_

Dirección del Albergue: \_\_\_\_\_

Mi grupo familiar incluye niños. Edades: \_\_\_\_\_

Tengo necesidades especiales médicas/salud. Explique: \_\_\_\_\_

Estoy en un Programa de Violencia Doméstica

(véase el reverso)

### Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

Yo fui removido o estoy al ser **removido** de un albergue.

¿Fecha de remoción? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de aviso? \_\_\_\_\_

Yo fui o estoy a ser **suspendido** de un albergue.

¿Fechas inicial y final de la suspensión? \_\_\_\_\_

¿Fecha del aviso?: \_\_\_\_\_

Yo fui o estoy a ser **transferido** a otro albergue.

¿Fecha de la transferencia? \_\_\_\_\_ ¿Fecha del aviso? \_\_\_\_\_

Mis **derechos** como residente del albergue fueron violados.

Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

Indique la(s) razón(es) por la(s) que no está de acuerdo con la(s) acción(es) del albergue 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)