



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 Energía y Ambiente (en inglés, DOEE) sobre el Programa de Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP)

*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 DOEE en relación con LIHEAP.
 Usted debe adjuntar copia de la decisión de DOEE 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 beneficio

Yo soy:

- un **solicitante** para beneficios LIHEAP
- un **beneficiario** de LIHEAP

Número de Caso de la Agencia (si lo sabe): _____

(véase el reverso)

Sección 3 – ¿Por qué necesita usted una audiencia?

- Yo solicité beneficios LIHEAP. No he recibido los beneficios.
- He estado recibiendo beneficios LIHEAP. **Mis beneficios pararon o están al parar.**

Fecha en que beneficios LIHEAP pararon o van a parar: _____

- Yo estaba recibiendo beneficios LIHEAP. **Mis beneficios han sido reducidos o están al reducirse.**

Fecha en que los beneficios fueron reducidos (o serán reducidos): _____

- Otro (favor especificar): _____

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