



**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: \_\_\_\_\_