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
Presentación por vía electrónica: https://ecourt.oah.dc.gov/public-portal

Formulario de apelación de beneficios de licencia familiar pagada

Use este formulario para solicitar una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo si no está de acuerdo con una determinación de la Oficina de Licencia Familiar Pagada (OPFL) con respecto a los beneficios de la licencia familiar pagada. Debe presentar su solicitud de audiencia ante la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) ***dentro de los 60 días calendario*** *posteriores a la fecha en que la OPFL emitió la determinación inicial del reclamo o, si solicitó una reconsideración, cuando esta emitió una nueva determinación.* ***Debe incluir en este formulario una copia de la determinación que quiere apelar****.*

Sección 1: Información de contacto

Su nombre:	Su dirección postal:
Su teléfono:	
Su dirección de correo electrónico: ☐ Doy mi consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	Su zona *(si la conoce)*:
Si tiene un representante para este caso (marque la opción que corresponda): ☐ Representante que no es abogado (de conformidad con la regla 2835 de la OAH) ☐ Abogado	
Nombre del representante:	Teléfono del representante:
Dirección de correo electrónico del representante: ☐ Da su consentimiento para recibir los documentos solo por correo electrónico	Dirección postal del representante:

Sección 2: ¿Por qué necesita una audiencia?

Me **denegaron los beneficios** y quiero apelar lo siguiente:

☐ Mi **elegibilidad** para los beneficios

☐ Una **denegación provisional** de los beneficios debido a la falta de información

☐ Otra opción (explique brevemente):

_____

Recibí aprobación para obtener beneficios, pero quiero apelar lo siguiente:

☐ El **monto de mi beneficio semanal**

→ → → Continúa en la segunda página → → →

☐ La **fecha en que comienzan los pagos de los beneficios**

☐ La **cantidad de semanas que puedo recibir beneficios**

☐ Otra opción (explique brevemente):

_____

Sección 3: Información de determinación

Adjunté una copia de esta determinación, que es la que quiero apelar:

☐ Determinación inicial del reclamo Fecha de determinación: _____

☐ Nueva determinación después de la reconsideración Fecha de determinación: _____

Debe incluir una copia de la determinación que quiere apelar en este formulario de apelación.

En el espacio a continuación, describa brevemente por qué no está de acuerdo con las razones que la OPFL brindó para la determinación y explique qué quiere que haga el juez. Utilice una página adicional si es necesario.

Sección 4: Acceso al idioma

¿Necesita que la OAH le proporcione un intérprete para ayudarle a participar en la audiencia?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió SÍ, ¿qué idioma necesita? _____

Sección 5: Adaptaciones razonables

¿Necesita una adaptación razonable que le ayude a participar en la audiencia?

☐ SÍ ☐ NO

Si respondió SÍ, explique: _____

Sección 6: ¿Quién preparó la solicitud de audiencia?

Firma de la persona que preparó la solicitud de audiencia:

_____ _____ _____

Firma Nombre en imprenta Fecha

Correo electrónico, teléfono, dirección postal de la persona que preparó la solicitud de audiencia (si no figura arriba en imprenta):

_____

_____