CONTESTACIÓN A LA APELACIÓN

Utilice este formulario para responder a la apelación presentada por la otra parte de su caso. Usted utilizará este formulario para decirle a la Unidad de Apelaciones la razón de por qué la decisión del juez es acertada. Cuando haya completado el formulario, haga clic en el botón Submit (Enviar) al final del formulario para remitir su contestación.

Fecha

No. Expediente

Nombre en la Notificación de Infracción

INFORMACIÓN SOBRE USTED:

Apellido

Primer Nombre

Inicial del Segundo Nombre

Correo Electrónico

Dirección de Correo

Ciudad

Estado

Código Postal

País Estados Unidos

Teléfono

Usted es

Número de representante registrado (Si corresponde)

DIRECCIÓN DE CORREO A DONDE DESEA SE ENVÍE LA DECISIÓN

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

País Estados Unidos

PASOS QUE TIENE QUE SEGUIR PARA REMITIR SU CONTESTACIÓN

1) La contestación se recibirá dentro de los 30 días de la fecha que figura en la apelación. ☐

Si su contestación no es recibida dentro de los 30 días, se decidirá la apelación sin su contestación. De haber recibido usted la apelación por correo, se le permitirá 5 días adicionales para responder.

Esta es la razón de por qué la decisión está equivocada.

Usted debe escribir un comentario breve respecto a las razones de por qué la decisión es incorrecta. Sólo podrá valerse de hechos, pruebas o alegatos que hayan sido usados en la audiencia. La Unidad de Apelaciones no utilizará nuevos hechos y argumentos para decidir sobre su apelación. Por favor puntualice con incisos y explique. (Por ejemplo, **Inciso 2. Explicación**).

☐ **Afirmo que tengo autorización para completar y enviar esta solicitud.**

Al hacer clic en el botón Submit (Enviar), entiendo que estoy firmando y presentando esta solicitud al Tribunal de Salud de OATH y que automáticamente una copia de la solicitud se enviará al Departamento de Salud y Salud Mental. Esto tiene la misma validez que una firma manual.

SUBMIT

DOHMH ONLY: Attach proof of service on respondent.

DOHMH USE ONLY SUBMIT