CITY OF NEW YORK
OATH

OFFICE OF ADMINISTRATIVE TRIALS AND HEARINGS

Hearings Division

Audiencias de salud y restaurantes

Appeals Unit
66 John St., 11th Floor
New York, NY 10038

SOLICITUD DE APELACIÓN DE LA DIVISIÓN DE AUDIENCIAS

Este formulario DEBE usarse para una apelación. Lea las instrucciones detenidamente. Envíe el formulario completo por correo y cualquier documento de soporte a la dirección que se indica arriba. Adjunte una copia de la Decisión de la audiencia.

Información sobre la notificación o citación y de la persona que completa este formulario

Si se enumera un representante, la División de Audiencias enviará la decisión de la apelación por correo a la dirección del representante. Si no se enumeró un representante, la División de Audiencias enviará la decisión por correo a la dirección que se indica abajo.

Números de notificación/citación (use una página adicional si es necesario): _____

Nombre que aparece en la notificación/citación: _____

_____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del representante: _____

Número del representante (si está registrado): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Esta es la razón por la que la decisión es incorrecta

Debe demostrar que la decisión de la audiencia se basó en hechos que eran incorrectos, un error en la aplicación de la ley, o ambas. Usted puede confiar en los hechos, evidencia y argumentos que se usaron en la audiencia. La Unidad de Apelaciones no considerará nuevos hechos, evidencia o argumentos al decidir la apelación.

_____

_____

(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

(DAR VUELTA. DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE PÁGINA)

Pasos que debe tomar para que la División de Audiencias decida sobre la apelación

1) ¿La División de Audiencias recibirá la apelación a tiempo? SÍ ☐ NO ☐

La apelación se rechazará a menos que se reciba en un período no mayor de 30 días a partir de la fecha de la decisión de la audiencia o no mayor de 35 días si la decisión de la audiencia se envió por correo. Si se otorgó una prórroga para la presentación, la apelación debe recibirse antes de la fecha de prórroga. Envíe la apelación a la Unidad de Apelaciones de la División de Audiencias y a la agencia de orden público responsable de la violación (vea el Paso 3).

2) ¿Se pagó la multa? (usted DEBE marcar sí en una de las opciones a continuación)

- **Se pagó la multa por la violación** SÍ ☐ NO ☐
  Se debe pagar la multa impuesta en la decisión de la audiencia para que el demandado pueda apelar.

- **El Demandado solicita una exención del pago de la multa por haber tenido dificultades financieras** SÍ ☐ NO ☐
  Si el demandado no puede pagar debido a una dificultad financiera, puede presentar una solicitud para no pagarla mientras se decide la apelación. Si el demandado pierde la apelación, debe pagar todas las multas.

  Usted **DEBE** *adjuntar comprobante de la dificultad como, por ejemplo, las dos primeras páginas de la declaración federal de impuestos y* **EXPLICAR A CONTINUACIÓN** *por qué pagar la multa representa una dificultad financiera.*

  _____
  _____
  _____
  _____
  _____

3a) Estoy enviando una copia de la solicitud a:

☐ **Department of Health and Mental Hygiene**
Attn: General Counsel
42-09 28th Street
Long Island City, NY 11101-4132

La apelación se rechazará a menos que envíe una copia de la solicitud de apelación completa, incluido cualquier adjunto, a la agencia de orden público responsable de la violación. Si el demandado está solicitando una exención por haber tenido dificultades financieras, no envíe las copias del comprobante de la dificultad para la agencia.

Nota: Las agencias de orden público deben adjuntar una declaración jurada por separado que indique la notificación del demandado.

3b) Puede comprobar que envió una copia de la apelación a la agencia al marcar la casilla al lado de la agencia en el Paso 3a a continuación y completar y firmar la declaración que aparece abajo.

YO [escriba su nombre en letra de molde] _____, **CON DOMICILIO EN** [su dirección] _____, **CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO QUE ESTOY AUTORIZADO PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD, QUE DE ACUERDO A MI LEAL SABER Y ENTENDER TODA LA INFORMACIÓN QUE INCLUÍ EN ESTE FORMULARIO Y EN LOS ADJUNTOS, SI LOS HAY, ES VERDADERA, Y QUE EL** [fecha] _____ **ENVIÉ UNA COPIA DE ESTA APELACIÓN A LA AGENCIA DE ORDEN PÚBLICO RESPONSABLE DE LA VIOLACIÓN O VIOLACIONES A LA DIRECCIÓN ARRIBA INDICADA A TRAVÉS DEL BUZÓN DEL SERVICIO POSTAL DE EE. UU. O POR OTRO SERVICIO DE CORREO POSTAL.**

SU FIRMA: _____