

Solicitud de audiencia

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Tendrá representación en la audiencia?

☐ SÍ ☐ NO

Con «representación» nos referimos a cualquier persona: un abogado, un familiar, un colega, un amigo, un defensor de proveedores

¿Necesita un intérprete?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué idioma? _____

¿Tiene problemas auditivos y necesita una adaptación?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué adaptaciones necesitará?

¿Necesita alguna otra adaptación especial?

☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, explique qué tipo de adaptaciones especiales necesitará.

Explique por qué apela la decisión del Department of Children, Youth, and Families (DCYF).

Firma _____

Fecha _____

Envíe este formulario y una copia de la carta de descalificación a ambas oficinas.

Office of Administrative Hearings

P.O. Box 42488

Olympia, WA 98504-2488

Teléfono: 360-407-2700

Fax: 360-664-8721

DCYF Background Check Unit

P.O. Box 40993

Olympia, WA 98504-0993

Teléfono: 800-998-3898 ext. 4

Fax: 360-407-5577

Se le notificará por escrito una vez que se establezca una fecha de audiencia.