

## Petición de Apelación de la Determinación de Arreglo Razonable

### INSTRUCCIONES:

Para interponer apelación, favor de enviar su petición por escrito dentro de treinta (30) días civiles desde la fecha de este aviso a:

ADA Compliance Officer  
150 Greenwich Street 42<sup>nd</sup> Floor  
New York, NY 10007  
Fax: (917) 639-0333  
E-mail: RARappeals@hra.nyc.gov

Las apelaciones deben presentarse por escrito. Usted puede adjuntar cualquier documentación médica justificativa a este formulario. Las personas que no puedan llenar los formularios por escrito debido a una afección física y/o psiquiátrica pueden comunicarse con la Oficina de Servicios a los Electores (OCS) para asistencia al **(212) 331-4640**.

### Sección I – Información del Cliente de la HRA:

Nombre (*En letra de molde*): \_\_\_\_\_ Número del Caso (*de saberlo*): \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social (*de saberlo*): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Programa/Servicio de la HRA (*de saberlo*): \_\_\_\_\_ Núm. del Centro (*de saberlo*): \_\_\_\_\_

### Sección II – Arreglo(s) Razonable(s) Que Usted Desea Apelar:

Usted puede usar este formulario para apelar más de una determinación.

1) Favor de describir el/los arreglo(s) razonable(s) que se le ha(n) denegado y la fecha de la denegación. (Usted puede adjuntar hojas adicionales, en caso necesario.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Favor de indicar la razón por la cual usted considera que la decisión de la HRA fue errónea: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) ¿Le ofrecieron a usted un arreglo alternativo? En tal caso, explique a continuación:

\_\_\_\_\_

Si a usted se le ofreció un arreglo alternativo, indique al marcar la casilla apropiada más abajo, si usted aceptará el arreglo alternativo.

Sí, aceptaré el arreglo alternativo.

No, no aceptaré el arreglo alternativo. Favor de explicar por qué no: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante/Participante de HRA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

-o-

Firma del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el Solicitante/Participante: \_\_\_\_\_

For internal use only:  Completed by Office of Constituent Services: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_