

Petición de Apelación de la Decisión de Arreglo Razonable

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a su arreglo, puede interponer apelación. Nosotros revisaremos la apelación y decidiremos si nos equivocamos. Usted recibirá una respuesta por escrito sobre su apelación.

Si usted desea interponer apelación, debe hacerlo dentro de treinta (30) días a partir de la decisión de Arreglo Razonable.

Si usted está de acuerdo con nuestra decisión, no tiene que interponer apelación.

CÓMO INTERPONER APELACIÓN

Para interponer apelación, puede llenar este formulario o escribir a la HRA.

Toda apelación debe incluir su nombre e información de contacto para que podamos comunicarnos con usted.

Usted puede enviarnos su apelación por:



CORREO POSTAL: ADA Compliance Officer
150 Greenwich Street, 42nd Floor
New York, New York 10007



FAX: 917-639-0333



**CORREO
ELECTRÓNICO:** RARappeals@hra.nyc.gov

¿Tiene usted documentación que debemos revisar? Si usted tiene alguna documentación del médico o proveedor de tratamiento que nosotros debemos revisar, envíela junta con su apelación.

USTED PUEDE OBTENER AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

LLAME AL: 212-331-4640 o envíe **CORREO ELECTRÓNICO** a constituentaffairs@hra.nyc.gov

Vea la próxima página para llenar este formulario de apelación ➡

Sección I – Sus Datos (en letra de molde clara):

Nombre: _____ Número del Caso (de saberlo): _____

Número de Seguro Social (si disponible): _____ Número telefónico: _____

Dirección Postal: _____

Sección II – ¿Qué decisión(es) desea apelar?

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

1) ¿Qué decisión(es) desea apelar?

2) Favor de indicar la razón por la cual usted considera que nuestra decisión ha sido errónea.
(Si necesita más espacio para escribir, favor de adjuntar hojas adicionales.):

Firma del Solicitante/Participante de la HRA: _____ **Fecha:** _____

-0-

Sólo para el Representante Autorizado:

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el/la Solicitante/Participante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

For internal use only:

Completed by Office of Constituent Services: _____ Date: _____