

Solicitud de audiencia

Revisión administrativa informal y audiencia de caso disputado
(Hearing Request)

1. Nombre del Individuo Sujeto (Solicitante)	2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	3. N° de Seguro Social - -
4. Dirección postal (Calle/Ciudad/Estado/Zip)	5. Teléfono particular/mensajes ()	
	6. Fecha en que entra en vigencia la decisión (mm/dd/aa)	
7. Nombre del abogado o representante (Opcional)	8. Número de teléfono del abogado o representante ()	
9. Dirección del abogado o representante		
10. Explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Adjunte más páginas si fuera necesario.		
11. ¿Necesita intérprete o diferente formato? <i>(Indique su necesidad)</i>	12. Firma	13. Fecha de firma (mm/dd/aa)

Si se deniega su solicitud o se la aprueba con restricciones, usted tiene derecho de audiencia. La solicitud de audiencia se debe recibir dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha en que entra en vigencia la decisión (Casilla 9 del Aviso de Decisión de Aptitud (DHS 300)). Llene este Formulario de Solicitud de Audiencia (DHS 299) y envíelo con una copia del Aviso de Decisión de Aptitud (DHS 300) a: DHS-CRU PO Box 14870 Salem OR 97309-5066.

Para más información, vea su Formulario de Solicitud de Antecedentes Delictivos y el Aviso de Decisión de Aptitud (DHS 300). La audiencia de caso disputado se celebra ante un juez imparcial de derecho administrativo, y por lo general tiene lugar por teléfono. Puede llevar testigos que testifiquen su favor. La Unidad de Antecedentes Delictivos de DHS hará una revisión administrativa informal. Si usted no participa, perderá su derecho de audiencia a menos que provea una causa justificatoria.

Puede adjuntar cualquier otra información que, en su opinión, explique por qué se debería aprobar su solicitud.

DHS Agency Use Only	Date Request Recd.	DHS Hearings Representative	DHS Representative Signature	Date Signed
	Date Form Recd.	Issue Code	Agency DHS Criminal Records Unit PO Box 14870 Salem, OR 97309-5066	Phone Number 503 378-5470