

**DISTRITO DE COLUMBIA**  
**Oficina de Audiencias Administrativas**  
One Judiciary Square  
441 4th Street, NW, Suite 450N  
Washington, DC 20001-2714  
Tel.: (202) 442-9094 • Fax: (202) 442-4789  
Correo electrónico: [oah.filing@dc.gov](mailto:oah.filing@dc.gov)

**SOLICITUD DE AUDIENCIA EN EL CASO DE LA OFICINA DE LICENCIA FAMILIAR PAGADA**

**SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Abogado/representante (si corresponde): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2 – Determinación de la Oficina de Licencia Familiar Pagada/MOTIVO DE LA SOLICITUD DE AUDIENCIA**

Estoy apelando y he adjuntado una copia de:

- Determinación del examinador de reclamo** Fecha de la determinación: \_\_\_\_\_  
 **Determinación de reconsideración (si la hubiera)** Fecha de la determinación: \_\_\_\_\_

*Nota: Se debe presentar una apelación ante la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, por sus siglas en inglés) dentro de los sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha en que se emita la determinación de reclamo o la determinación sobre reconsideración.*

**INDIQUE EL TIPO DE DETERMINACIÓN QUE ESTÁ APELANDO.**

- Si el reclamante puede recibir beneficios** en virtud del programa de la Licencia Familiar Pagada Universal  
 **Cantidad semanal de beneficios** a pagar al reclamante en virtud del Programa de la Licencia Familiar Pagada Universal  
 **Fecha en que comenzará el pago** al reclamante de los beneficios de la Licencia Familiar Pagada Universal  
 **Cantidad de semanas** que el reclamante puede recibir beneficios de la Licencia Familiar Pagada Universal  
 **Rechazo provisional** de la solicitud de beneficios de Licencia Familiar Pagada Universal

Incluya una breve descripción de por qué no está de acuerdo con la determinación:

**SECCIÓN 3 – ACCESO LINGÜÍSTICO**

¿Necesita servicios de interpretación?

- SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, especifique el idioma: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4 – ADAPTACIONES POR DISCAPACIDAD**

¿Necesita adaptaciones razonables por discapacidad en la audiencia?

- SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, especifique: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5 – FIRMA DEL RECLAMANTE**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_