Washington State Department of Early Learning

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA

Nombre del Apelante	# de Teléfono ( )

Dirección Ciudad Estado Código postal

Acción de licencia : ☐ Descalificación ☐ Revocación de Licencia ☐ Suspensión de Licencia

☐ Revocación y Suspensión ☐ Rechazo de Licencia ☐ Modificación de Licencia ☐ Pena Civil

¿Cree usted que tendrá representación en la audiencia? ☐ Sí ☐ No

("Representación" puede ser cualquiera: un abogado, miembro de familia, colega, amigo, defensor de proveedor)

¿Necesita usted un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **sí**, en qué idioma _____

¿Tiene usted deficiencia del oído o necesita una adaptación? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **sí**, por favor explique qué es lo que necesita _____

¿Necesita usted cualquier otra adaptación especial? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **sí**, por favor explique qué es lo que necesita _____

Por favor explique por qué está apelando esta decisión por el Departamento de Aprendizaje Temprano:

_____

Firma de Apelante:	Fecha:

Envíe este formulario y una copia de la carta de descalificación, suspensión o revocación a:

Office of Administrative Hearings y la oficina local de DEL
P. O. Box 42488
Olympia, WA 98504-2488

de Teléfono (360) 664-8717
de Fax (360) 664-8721

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