

Apéndice K

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de RI (LIHEAP)

Formulario de Solicitud de Primera Apelación

Proceso de Apelación

- Para solicitar una audiencia de apelación, presente este formulario de Primera Apelación dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de una carta de denegación. Si no se presenta un Formulario de Solicitud de Apelación en este plazo, la Apelación será denegada automáticamente y dicha denegación será definitiva.
- La Agencia de Acción Comunitaria comunicará su decisión con respecto a la Primera Apelación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la audiencia de la Primera Apelación.
- Si no se llega a una resolución satisfactoria durante la Primera Audiencia de Apelación, se puede solicitar una Segunda Audiencia de Apelación dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la decisión de la Primera Apelación. Si la solicitud de una segunda audiencia de apelación no se realiza dentro de este plazo, la apelación será denegada automáticamente y dicha denegación será definitiva.
- La notificación de la decisión de la Segunda Apelación se comunicará dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la Segunda Audiencia de Apelación.

Derechos de apelación del solicitante

- Un solicitante tiene derecho a traer a la audiencia a un representante de su elección para que presente declaraciones orales o escritas y otras pruebas, testigos y un intérprete.
- Un solicitante tiene derecho a una audiencia en la agencia original a la que se postuló.
- La agencia o el representante del estado que lleva a cabo la audiencia no debe haber estado involucrado en la decisión inicial de negar los beneficios.

Solicitud de apelación

Estoy solicitando una Primera Apelación con _____ (Agencia de Acción Comunitaria) a la que solicité Asistencia para Calefacción. Sostengo que la denegación de mi solicitud fue un error basado en las siguientes razones:

| |
|------------------------------------|
| Please describe reason for appeal: |
|------------------------------------|

Nombre del solicitante (nombre en letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma del solicitante solicitante: _____

Por favor, devuelva este formulario de Solicitud de Primera Apelación completado a:

Agencia de Acción Comunitaria: _____

Dirección postal: _____