CITY OF NEW YORK
OATH Health Tribunal
A Division of the Office of Administrative Trials and Hearings

Health Tribunal
Appeals Unit
66 John St., 11th Floor
New York, NY 10038

CONTESTACIÓN A LA APELACIÓN

Utilice este formulario para responder a la apelación presentada por la otra parte de su caso. Usted utilizará este formulario para decirle a la Unidad de Apelaciones la razón de por qué la decisión del juez es acertada.

DOCKET NO: _____ DATE: _____

NAME ON NOTICE OF VIOLATION: _____

INFORMACIÓN SOBRE USTED

APELLIDO: _____ DIRECCIÓN DE CORREO: _____

PRIMER NOMBRE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____ PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

USTED ES : (Marque una casilla)

- ☐ El demandado
- ☐ Socio/Funcionario de la empresa demandada
- ☐ Empleado del demandado
- ☐ Institución demandante(DOHMH)
- ☐ Owner of property/business
- ☐ Agente general/Administrador
- ☐ Yo trabajo para _____ quien es el/la agente general/administrador
- ☐ Otro (Amigo, pariente, etc.) especifique: _____
- ☐ Representante registrado (escriba el número): _____

DIRECCIÓN DE CORREO A DONDE DESEA SE ENVÍE LA DECISIÓN

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

PAÍS: _____

SU RESPUESTA DEBE SER RECIBIDA DENTRO DE LOS 30 DÍAS* DE LA FECHA QUE FIGURA EN LA APELACIÓN

*De recibir usted la apelación por correo, tendrá 5 días adicionales para responder.

-PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA-

Esta es la razón de por qué la decisión es acertada.

Usted debe escribir un comentario breve detallando las razones de por qué la decisión es acertada. Sólo podrá valerse de hechos, pruebas o alegatos que hayan sido usados en la audiencia. La Unidad de Apelaciones no utilizará nuevos hechos y argumentos para decidir sobre la apelación. Por favor puntualice con incisos y explique. ***(Por ejemplo, Inciso 2. Explicación)***

_____

(Añada páginas adicionales de ser necesario)

¿Ha enviado una copia de su contestación completada al Departamento de Salud y Salud Mental? **Si** ☐ **No** ☐

No se tomará en cuenta su contestación a menos que se envíe al Departamento de Salud y Salud Mental y al Tribunal de Salud.

USTED PUEDE DEMOSTRAR QUE HA ENVIADO UNA COPIA AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SALUD MENTAL AL LLENAR Y FIRMAR ESTA AFIRMACIÓN Y AL CERTIFICARLA CON UN NOTARIO.

Yo, _____ **juro o afirmo que en fecha** _____ ,
(Su nombre completo) (Fecha)

deposité en un buzón del Servicio de Correos de los EEUU o en otro servicio reconocido de correo, una copia de mi contestación cuyo número de expediente es_____
(your docket number)

Enviada al:

Department of Health and Mental Hygiene
Attn: General Counsel
42-09 28th Street
Queens, NY 11101

_____
(Su firma)

_____
Notario Público