



FORMULARIO DE APELACIÓN

Use este formulario solo si desea apelar el fallo de su audiencia.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA COMPLETAR LA APELACIÓN

1. Si desea apelar el fallo del Funcionario de Audiencias, debe presentar una apelación en un lapso de treinta (30) días a partir de la "Fecha del Fallo".
2. Debe completar ambos lados de este formulario y firmar con su nombre en el lugar apropiado en la Sección 4 del mismo.
3. Si desea solicitar una copia de la grabación de audio de la audiencia antes de consignar la apelación, debe hacerlo dentro de los 7 días a partir de la decisión del Funcionario de Audiencias. Debe enviar su solicitud por escrito en un formulario de "[Solicitud de Grabación de Audio de la Audiencia](#)" a:

OATH Hearings Division
31-00 47th Avenue, 3rd Floor
Long Island City, NY 11101-2324
Att: Appeals Unit

Si su solicitud de la grabación de audio es puntual, tendrá treinta (30) días a partir de la fecha del fallo del Funcionario de Audiencias o veintiún (21) días a partir de la fecha de envío de la grabación por parte de la Oficina de Juicios y Audiencias Administrativas (OATH) (lo que sea más extenso) para consignar su formulario lleno de solicitud de apelación.

4. Solo una de las partes, o su representante autorizado, puede consignar una apelación.
5. Debe enviar una copia de la apelación a la agencia que emitió su citación y suministrarle pruebas de que hizo lo propio a la OATH (*ver la Sección 5 de este Formulario*).
6. Si usted es un representante del demandado, debe entregar un formulario firmado que lo autorice a representar al demandado. Si ya ha consignado una prueba de autorización, no es necesario que lo haga de nuevo.
7. Los formularios están disponibles en www.nyc.gov/oath.
8. Si tiene preguntas puede llamar al 1-844-OATH-NYC o al (844) 628-4692.

1. INFORMACIÓN DEL DEMANDADO (Complétela de forma clara con letra de imprenta)

Nombre: _____ Dirección: _____ Apto.: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Email: _____ Número de Licencia TLC: _____

2. CITACIÓN(ES) QUE USTED CREE SE DEBEN REVERTIR O MODIFICAR

¿Esta apelación es sobre una orden de suspensión o revocación de la licencia del demandado? Sí No

Fecha de la Audiencia	Número(s) de Citación(es) Apelada(s)	Norma(s) Infringida(s)
A. _____		
B. _____		
C. _____		
D. _____		
E. _____		

Si es necesario, use más hojas.

3. RAZÓN POR LA QUE CREE QUE EL FALLO DEL FUNCIONARIO DE AUDIENCIAS ESTUVO ERRADO

Debe escribir una declaración breve que incluya las razones específicas de por qué el fallo fue incorrecto. Solo debe apoyarse en los hechos o pruebas o argumentos que se usaron en la audiencia. La Unidad de Apelaciones no considerará hechos y argumentos nuevos para decidir sobre su apelación. Complete de forma clara con letra de imprenta y use más hojas si es necesario.

Empty text area for providing reasons for appeal.

4. LA PARTE QUE APELA

- Yo soy:
- Demandado
 - Representante del demandado
 - (Si es un Representante Registrado, incluya el número _____)
 - Abogado del demandado

Nombre en letra de imprenta: _____

 Firma: _____

Fecha: _____

5. CÓMO NOTIFICAR A LA AGENCIA QUE EMITIÓ SU CITACIÓN

5(a): Usted debe notificar a la agencia que emitió su citación. Esto puede hacerlo por correo o personalmente en las siguientes direcciones: (marque la casilla al lado de la agencia a la que envió una copia de su apelación)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TLC
NYC Taxi & Limousine Commission
31-00 47 th Avenue, 3 rd Floor
Long Island City, NY 11101
Att: USB Prosecution Unit | <input type="checkbox"/> NYPD
NYPD
31-00 47 th Avenue, 3 rd Floor
Long Island City, NY 11101
Att: Sgto. Jessica Cox | <input type="checkbox"/> Port Authority of NY & NJ
Port Authority of NY & NJ
JFK Airport - Bldg. #14, 1 st Floor
South Service Road
Jamaica, NY 11430
Att: G. Braxton |
|---|--|--|

Su apelación será rechazada si no envía una copia de su solicitud de apelación completa, incluyendo todos los anexos, a la agencia responsable de emitir su citación.

5(b): Puede probar que envió una copia de su apelación a la agencia que emitió su citación al marcar la casilla al lado de la agencia en la Sección previa 5b Y completar y firmar la declaración a continuación.

Yo [nombre en letra de imprenta] _____, **RESIDENTE DE** [su dirección] _____,

DECLARO SO PENA DE PERJURIO QUE EL [fecha] _____ **ENVÍE UNA COPIA DE ESTA APELACIÓN, INCLUYENDOTODOS LOS ANEXOS, A LA AGENCIA RESPONSABLE DE EMITIR MI CITACIÓN A SU DIRECCIÓN ANTES MENCIONADA A TRAVÉS DEL SERVICIO POSTAL DE EE. UU. O DE ALGÚN OTRO SERVICIO DE CORREO**

CON LA ESTAMPILLA CORRESPONDIENTE. SU FIRMA _____

6. PROCEDIMIENTOS DE ENVÍO

- ENVÍE EL FORMULARIO DE APELACIÓN Y LOS ANEXOS A:
 - OATH Hearings Division
 - Att: Appeals Unit
 - 31-00 47th Avenue, 3rd Floor
 - Long Island City, NY 11101-2324