



Solicitud de Apelación de la Decisión de Revisión tomada por la Agencia de Punto de Acceso a Servicios para Ancianos

Para solicitar una apelación de la decisión tomada por la agencia ASAP, usted debe llenar este formulario dentro de un plazo de treinta (30) días de calendario siguientes al recibo de la decisión sobre la revisión realizada por la agencia ASAP, y devolverlo a:

Hearing Coordinator
Executive Office of Elder Affairs
One Ashburton Place, Fifth Floor
Boston, MA 02108

1. Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____

2. Estoy en desacuerdo con la decisión que tomó la agencia ASAP con respecto a la Revisión porque:

Estoy solicitando una apelación de esta decisión.

Firma: _____ Fecha: _____

3. Quisiera (marque una):

☐ una revisión por teléfono llamando al _____ (núm. de teléfono).

☐ una revisión en persona.

4. Quisiera que la siguiente persona me represente en la audiencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación o Parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad/Pueblo: _____

La Oficina para Asuntos de Ancianos se comunicará con usted una vez que reciba este formulario. Dentro de un plazo de treinta (30) días de calendario después de que la Oficina para Asuntos de Ancianos haya recibido el formulario, a usted se le notificará acerca de la hora, fecha y lugar de la audiencia. Usted también podrá presentar copias de los documentos que piensa usar para apoyar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su Administrador de Caso llamando al: _____