**NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN (NOR)**

**DS 1822** (Rev. March 2023)

 **\***Campos obligatorios

**\*** ¿Cuál es el número de seguimiento del Departamento de Servicios de Desarrollo?

**\*** ¿Hay un número de caso de la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH)? [ ]  Sí [ ]  No

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de caso de la OAH?

**Nombre de la persona para la que se hizo esta apelación**

**\*** Nombre: **\*** Apellido: **\*** Fecha de nacimiento:

 Click or tap to enter a date.

¿Qué centro regional proporciona esta NOR? Identificador único de cliente (UCI), si corresponde

Elija una opción

**Nombre del representante autorizado** (si corresponde)**:**

Nombre: Apellido: Relación con el demandante:

 Elija una opción

**\*** La solicitud de apelación ha sido retirada mediante el siguiente proceso:

 (Marque la casilla correspondiente).

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Asunto resuelto antes de la reunión informal | Fecha de la resolución: Click or tap to enter a date. |
| [ ]  Asunto resuelto en la reunión informal | Fecha de la resolución: Click or tap to enter a date. |
| [ ]  Asunto resuelto en la instancia de mediación | Fecha de la resolución: Click or tap to enter a date. |
| [ ]  Asunto retirado sin resolución | Fecha de la resolución: Click or tap to enter a date. |

**Resuma la resolución, o por qué se retiró la apelación sin resolución:**

**Con mi firma a continuación certifico que la información que figura en este formulario es verdadera.**

Firma de la persona que apeló o de su representante autorizado: Fecha:

 Click or tap to enter a date.

Firma del centro regional o de la instalación operada por el estado: Fecha:

 Click or tap to enter a date.

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

**A SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL CENTRO REGIONAL O DE LA INSTALACIÓN OPERADA POR EL ESTADO CUANDO NO PUEDA OBTENER LA FIRMA DE LA PERSONA QUE APELÓ O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO.**

Certifico bajo pena de perjurio que hablé personalmente con la persona que apeló, o con su representante autorizado, y que dicha persona me indicó que las cuestiones identificadas para la apelación se han resuelto y que la apelación ya no es necesaria. Se distribuirá simultáneamente una copia de este formulario al Departamento, a la persona que haya apelado o a su representante autorizado y a la Oficina de Audiencias Administrativas.

Firma del centro regional o de la instalación operada por el estado: Fecha:

 Click or tap to enter a date.

Debe firmar y fechar en el espacio de arriba. Puede firmar con tinta o electrónicamente. Al escribir su nombre, acepta que ha firmado electrónicamente este formulario.

[ ]  Cerrado administrativamente (explicar)