

NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN (NOR)

DS 1822 (Rev. 03/2023)

***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:

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

Nombre del representante autorizado (si corresponde):

Nombre: Apellido: Relación con el demandante:

* La solicitud de apelación ha sido retirada mediante el siguiente proceso:
 (Marque la casilla correspondiente).

<input type="checkbox"/> Asunto resuelto antes de la reunión informal	Fecha de la resolución:
<input type="checkbox"/> Asunto resuelto en la reunión informal	Fecha de la resolución:
<input type="checkbox"/> Asunto resuelto en la instancia de mediación	Fecha de la resolución:
<input type="checkbox"/> Asunto retirado sin resolución	Fecha de la resolución:

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:

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

Fecha:

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:

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)