

FORMULARIO DE APELACIÓN PARA ACCESS SERVICES

Puede solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en su determinación. Imprima con claridad y proporcione la siguiente información a continuación.

Numero de ID: _____

Nombre Completo: _____

Domicilio: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Postal: _____

No. Primario: () - No. Alternativo: () -

Dispositivos de movilidad?: Si Si es así, de qué tipo?: _____

Explique su discapacidad (puede usar el reverso de esta página):

Explique por qué cree que la decisión de la evaluación de tránsito es incorrecta.
(Opcional)

Firma: _____ Fecha: _____

Persona Completando el Formulario (Aparte del Apelante)

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Domicilio: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Postal: _____

No. Primario: () - No. Alternativo #: () -

Firma: _____ Fecha: _____

**Envíe a: Access Services
Attn: Appeals
P.O. Box 5728, El Monte, CA 91734
Email: EligDept@accessla.org**