

## Apéndice K

### Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos de Rhode Island (LIHEAP, por sus siglas en inglés)

#### Primer formulario de solicitud de apelación

##### Proceso de apelación

- Para solicitar una audiencia de apelación, envíe este formulario de Primera Apelación dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de una carta de denegación. Si no se presenta un Formulario de solicitud de apelación en este plazo, la apelación será denegada automáticamente y dicha denegación será definitiva.
- La Agencia de Acción Comunitaria comunicará su decisión con respecto a la Primera Apelación dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la audiencia de la Primera Apelación.
- Si no se llega a una resolución satisfactoria durante la primera audiencia de apelación, se puede solicitar una segunda audiencia de apelación dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la decisión de la primera apelación. Si la solicitud de una segunda audiencia de apelación no se realiza dentro de este plazo, la apelación será denegada automáticamente, y dicha denegación será definitiva.
- La notificación de la decisión de la Segunda Apelación se comunicará dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la Segunda Audiencia de Apelación.

##### Derechos de apelación del solicitante

- Un solicitante tiene derecho a traer a la audiencia a un representante de su elección para que presente declaraciones orales o escritas y otras pruebas, testigos y un intérprete.
- Un solicitante tiene derecho a una audiencia en la agencia original a la que se postuló.
- La Agencia o el representante del Estado que lleva a cabo la audiencia no debe haber participado en la decisión inicial de negar los beneficios.

##### Solicitud de apelación

Estoy solicitando una Primera Apelación con  (Comunidad Acción Agencia)  
Para cuál Solicité asistencia de calefacción. Sostengo que la denegación de mi solicitud fue errónea por las siguientes razones:

Sírvase describir el motivo de La Apelación:

Nombre del solicitante:

Dirección:

Teléfono #:

Firma del solicitante:

Por favor devuelva este formulario de Primera Solicitud de Apelación completado a:

Agencia de Acción Comunitaria:

Dirección postal :