

**LAND USE/SEPA DECISION APPEAL FORM (FORMULARIO DE APELACIÓN DE DECISIÓN
SOBRE UTILIZACIÓN DE LOS TERRENOS O DE LA STATE ENVIRONMENTAL POLICY ACT
[SEPA, LEY ESTATAL DE POLÍTICA AMBIENTAL])**

No se requiere que utilice este formulario para presentar una apelación. Sin embargo, ya sea que use el formulario o no, asegúrese de que su apelación incluya toda la información o las respuestas solicitadas en este formulario. La Office of Hearing Examiner (Oficina del Inspector de Audiencias) debe recibir la apelación, junto con la tasa de depósito impuesta, antes de las 5:00 p. m. del último día del plazo para apelación. De lo contrario, se desestimará.

INFORMACIÓN DEL APELANTE (persona o grupo que presentan la apelación)

1. Apelante:

Si varias personas presentan la apelación de forma conjunta, identifique a un representante a continuación, en el punto 2, y detalle los nombres y las direcciones de las demás personas en una hoja aparte. Si es una organización la que apela, indique aquí el nombre y la dirección postal del grupo e identifique a un representante a continuación, en el punto 2.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: Laboral: _____ Particular: _____

Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿En qué formato desea recibir los documentos de la Office of Hearing Examiner?

Marque uno: _____ Correo de EE. UU. _____ Fax _____ Adjunto de correo electrónico

2. Representante autorizado:

Nombre del representante si no es el apelante identificado anteriormente. Los grupos y las organizaciones deben designar a una persona como su representante o persona de contacto.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: Laboral: _____ Particular: _____

Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿En qué formato desea recibir los documentos de la Office of Hearing Examiner?

Marque uno: _____ Correo de EE. UU. _____ Fax _____ Adjunto de correo electrónico

DECISIÓN QUE SE APELA

1. **Decisión que se apela** (indique el nro. de MUP [Master Use Permit, Permiso rector de utilización], nro. de interpretación, etc.): _____

2. **Dirección de la propiedad** sobre la que recae la decisión que se apela: _____

3. **Elementos de la decisión que se apela.** Marque una o más opciones según corresponda:

_____ Adecuación de las condiciones	_____ Divergencia
_____ Revisión y desviación del diseño	_____ Adecuación de la DIA
_____ Uso condicional	_____ Interpretación (Consulte el capítulo 23.88.020 del SMC).
_____ Exención de la DIA	_____ Subdivisión en parcelas
_____ Plan rector de institución importante	_____ Recalificación
_____ Otro (Especifique: _____)	

(Continúa al dorso).

INFORMACIÓN DE LA APELACIÓN

Responda cada pregunta de la manera más completa y específica posible. Adjunte más hojas si es necesario e incluya el número de las preguntas como referencia.

1. ¿Qué interés tiene en esta decisión? (Indique de qué manera lo afecta).

¿Qué objeta de esta decisión? (Enumere y describa lo que cree que son errores, omisiones u otros problemas con esta decisión).

2. ¿Qué medida solicita? (Especifique qué desea que haga el inspector: anular la decisión, modificar las condiciones, etc.).

Firma _____

Fecha _____

Direcciones para la entrega o el envío por correo postal de la apelación y tasa de recurso:

DIRECCIÓN City of Seattle
POSTAL: Office of Hearing Examiner
P.O. Box 94729
Seattle, WA 98124-4729

DIRECCIÓN	<i>SEATTLE MUNICIPAL TOWER</i>
FÍSICA:	<i>700 5th Avenue, Suite 4000</i>
	<i>40th Floor</i>
	<i>Seattle, WA 98104</i>

Nota: La tasa de recurso también puede pagarse con tarjeta de crédito o débito por teléfono (solo Visa o MasterCard).

Teléfono: (206) 684-0521

Fax: (206) 684-0536

www.seattle.gov/examiner