

FORM SA PAG-APELA NG DESISYON SA PAGGAMIT SA LUPA/SEPA

Hindi kinakailangan na gamitin ang form na ito para sa paghain ng apela. Gayunpaman, kung gagamitin mo man ang form na ito o hindi, mangyaring tiyakin na kasama sa iyong apela ang lahat ng mga impormasyon/tugon na hinihiling sa form na ito. Dapat matanggap ng Office of Hearing Examiner (Tanggapan ng Tagasuri ng Pagdinig) ang apela, kasama ang anumang kinakailangang kabayaran sa paghain, ng hindi lalampas ng 5:00 p.m. sa huling araw ng panahon ng pag-apela o hindi ito makokonsidera.

IMPORMASYON NG NAG-AAPELA (Tao o grupo na umaapela)

1. **Nag-aapela:**

Kung magkakasamang umapela ang ilang indibidwal, ilaran ang mga karagdagang pangalan at address sa hiwalay na papel at tukuyin ang isang kinatawan sa blg. 2 sa ibaba. Kung ang isang organisasyon ang umaapela, tukuyin dito ang pangalan ng grupo at ang address sa pagpapadala ng sulat at isulat ang isang kinatawan sa blg. 2 sa ibaba.

Pangalan _____

Address _____

Telepono: Sa Trabaho: _____ Sa Bahay: _____

Fax: _____ Email Address: _____

Sa anong format mo nais matanggap ang mga dokumento mula sa Office of Hearing Examiner?

I-tsek ang isa: _____ *U.S. Mail* _____ *Fax* _____ *Kalakip sa Email*

2. **Awtorisadong Kinatawan:**

Pangalan ng kinatawan kung iba sa nag-aapela na pinangalanan sa itaas. Dapat magtalaga ang mga grupo at organisasyon ng isang tao bilang kanilang kinatawan/tagapag-ugnay.

Pangalan _____

Address _____

Telepono: Sa Trabaho: _____ Sa Bahay: _____

Fax: _____ Email Address: _____

Sa anong format mo nais matanggap ang mga dokumento mula sa Office of Hearing Examiner?

I-tsek ang isa: _____ *U.S. Mail* _____ *Fax* _____ *Kalakip sa Email*

DESIYON NA INAAPELA

1. **Desisyon na inaapela** (Tukuyin ang blg. ng MUP, ng Interpretation, atbp.): _____

2. **Address ng propyedad** ng desiyon na inaapela: _____

3. **Mga katangian ng desisyon na inaapela.** I-tsek ang isa o higit pa kung naaangkop:

_____ Kahustuhan ng mga kondisyon	_____ Pagkakaiba-iba
_____ Pagsusuri at Pagbubukod sa Disenyo	_____ Kahustuhan ng EIS
_____ Kondisyonal na Paggamit	_____ Interpretation (Tingnan ang SMC 23.88.020)
_____ Hindi kinakailangan ang EIS	_____ Short Plat
_____ Major Institution Master Plan	_____ Rezone
_____ Iba pa (pangalanan: _____)	

(over)

IMPORMASYON NG APELA

Sagutan ang bawat tanong nang kumpleto at tiyak sa abot ng iyong makakaya. Maglakip ng mga hiwalay na papel kung kinakailangan at tukuyin ang mga tanong sa pamamagitan ng mga numero.

1. Ano ang iyong interes sa desisyong ito? (Ipahayag kung paano ka naapektuhan nito)

2. Ano ang iyong mga pagtutol sa desisyon? (Ilista at ilarawan ang sa tingin mo ay mga pagkakamali, pagkaligta, o iba pang problema sa desisyon na ito.)

3. Ano ang gusto mong lunas? (Tukuyin kung ano ang nais mong gawin ng Tagasuri: bawiin ang desisyon, baguhin ang mga kondisyon, atbp.)

Lagda _____

Petsa _____

Ihatid o ipadala ang apela at kabayaran sa pag-apela sa:

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

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

Paunawa: Maaari ring magbayad ng kabayaran sa pag-apela gamit ang credit o debit card sa pamamagitan ng pagtawag (Visa o MasterCard lamang).

Telepono: (206) 684-0521

Fax: (206) 684-0536

www.seattle.gov/examiner