

**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: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

*Marque uno:* \_\_\_\_\_ Correo de EE. UU.      \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

*Marque uno:* \_\_\_\_\_ Correo de EE. UU.      \_\_\_\_\_ 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 ( <b>Consulte el capítulo 23.88.020 del SMC</b> ). |
| _____ 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

<b>DIRECCIÓN</b>	<i>SEATTLE MUNICIPAL TOWER</i>
<b>FÍSICA:</b>	<i>700 5<sup>th</sup> Avenue, Suite 4000</i>
	<i>40<sup>th</sup> 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

[www.seattle.gov/examiner](http://www.seattle.gov/examiner)