

SOLICITUD DE AUDIENCIA O REVISIÓN INFORMAL
ATTENTION: *Informal_Review@saha.org* / Fax: 210-477-6720

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE O SOLICITANTE	
NOMBRE (<i>en letra de imprenta</i>): _____	SSN: _____
Dirección de correo electrónico: _____	
Teléfono del hogar: _____	Teléfono del trabajo: _____
Dirección actual: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____

Por medio del presente solicito una audiencia o revisión informal debido a que no estoy de acuerdo con la decisión de la Autoridad de Vivienda de San Antonio (San Antonio Housing Authority, SAHA) respecto a la determinación de finalizar o denegar mi asistencia familiar. Creo que mi asistencia familiar se finalizó o denegó de forma errada por los siguientes motivos **(sea lo más breve posible. Si necesita más espacio para escribir, use el reverso del formulario)**:

¿Está enviando esta solicitud para una audiencia / revisión debido a una discapacidad que puede ser un factor contribuyente en su terminación / negación? En caso afirmativo, debe adjuntarse una Solicitud de acomodación razonable completada. Sí No

Necesitaré un intérprete en la audiencia o revisión que pueda traducir al: _____
Idioma

Con mi firma a continuación, certifico que la información anterior es verdadera y está completa. Entiendo que debo entregar cualquier evidencia a la SAHA, al menos, un día antes de la fecha programada para mi audiencia o revisión. También entiendo que puedo solicitar que se revise o se reproduzcan los documentos que contiene mi expediente de la SAHA, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 11 a. m., hasta un día laboral antes de la fecha programada para mi audiencia.

Firma **Fecha**

*****La SAHA le notificará el resultado de su solicitud dentro de 10 días laborales a partir de la entrega*****

SOLO PARA USO DEL PERSONAL / FOR STAFF USE ONLY

The individual requesting is a:	<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Applicant
The individual receives assistance under:	<input type="checkbox"/> Assisted Housing	<input type="checkbox"/> Public Housing
The individual is requesting:	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Review
<input type="checkbox"/> Approve Hearing/Review	<input type="checkbox"/> Deny Hearing/Review	
<input type="checkbox"/> Schedule another inspection in lieu of hearing/review		
<input type="checkbox"/> Warning letter in lieu of hearing/review: <input type="checkbox"/> No Utilities <input type="checkbox"/> Failed to Attend Recertification Appointment		
<input type="checkbox"/> Annual Recertification Packet Received and Forwarded to Operations		
<input type="checkbox"/> RA Mitigating Circumstances Request From Mailed on date: _____		
<input type="checkbox"/> Granted RA Mitigating Circumstances Request		
<input type="checkbox"/> Granted for Good Cause		
<input type="checkbox"/> Rescind		
<input type="checkbox"/> Cancel Hearing/Review		
<input type="checkbox"/> Reschedule Hearing/Review for date: _____ Time: _____		
<input type="checkbox"/> Other: _____		
Approved By: _____		Date: _____



STATEMENT CONTINUED / DECLARACIÓN CONTINUADA

Name (*print*) / Nombre (*en letra de imprenta*): _____

Date / Fecha: _____

Last 4 of SSN: _____

Multiple horizontal lines for writing the statement.



The following person has been designated to coordinate compliance with the nondiscrimination requirement contained in HUD's regulations implementing Section 504: **Michaelle Finch, 818 S. Flores, San Antonio, Texas 78204.**

SAHA
818 S. Flores St.
San Antonio, TX 78204
210.477.6000 | saha.org

