

PRESENTACIÓN DE APELACIÓN Y SOLICITUD DE AUDIENCIA

Condado de Olmsted, Minnesota

El departamento del condado que entrega el formulario debe llenar esta sección:

Nombre del departamento	
Número(s) de la(s) ordenanza(s)	
Número de permiso o licencia (si procede)	
Fecha del aviso objeto de apelación	
Nombre, dirección postal, correo electrónico de la persona o empresa que apela	
Dirección física o descripción legal del terreno afectado por la apelación	
Fecha de presentación de la apelación	
Plazo para recibir la presentación de la apelación	

Cómo presentar una apelación:

1. Llene este formulario.
2. Adjunte una copia del aviso que recibió del departamento del condado.
3. La tarifa de apelación es de \$1,000.00, pagadera en dos cuotas de \$500.00. La primera cuota debe pagarse al momento de presentar la apelación. La segunda cuota debe pagarse a más tardar a las 12:00 p. m. de un día hábil antes de la fecha de la audiencia de apelación.
4. Adjunte un cheque o giro postal a nombre de "Olmsted County Treasurer".
5. Envíelos por correo o entréguelos personalmente en:
Olmsted County Department of Administration
Attention: Administrative Hearing Coordinator
Olmsted County Government Center
151 4th Street Southeast
Rochester, Minnesota 55904
6. Si no se recibe la tarifa completa de apelación antes de la fecha límite, el Condado de Olmsted cancelará la audiencia de apelación, y se considerará que el apelante ha renunciado a su derecho a impugnar la decisión del departamento que pretende apelar.

La persona o empresa que solicita la apelación y la audiencia (tenga en cuenta si es diferente de la información del Departamento indicada anteriormente) debe completar esta sección:

Nombre de la persona o empresa que apela	
Dirección de la persona o empresa que apela	
Número de teléfono diurno	
Dirección de correo electrónico ¹	

¹ Al proporcionar una dirección de correo electrónico, la persona o empresa que solicita la apelación y la audiencia consiente recibir notificaciones relacionadas con esta apelación en la dirección de correo electrónico proporcionada.

Marque la(s) casilla(s) que correspondan a su situación:

- No considero que haya infringido la(s) ordenanza(s) del condado.
- Considero que el departamento debe emitir mi licencia o permiso.
- Considero que el departamento debe restituir mi licencia o permiso.
- Considero que el departamento debe otorgarme una excepción o impugnación de los requerimientos estrictos de la ordenanza.
- Considero que la interpretación que el departamento hizo de la ordenanza fue incorrecta.

Indique los motivos por los cuales considera que el departamento debe cambiar su decisión:

(adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Tiene representante legal? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de su representante legal: _____

Acepto que toda la información que indico en este formulario es verdadera y correcta en la medida de mis conocimientos, y comprendo que el condado se basará en dicha información para procesar mi apelación.

FIRMA DE LA PERSONA O EMPRESA QUE APELA: _____

Nombre de la persona o empresa que apela en letra de imprenta: _____

Debe presentar este formulario de apelación y solicitud de audiencia en un plazo de catorce (14) días calendario contados a partir de la fecha del aviso del departamento. Una vez que se haya recibido el formulario, el personal del condado se contactará con usted para programar la audiencia.

Si tiene alguna pregunta, llame al: 507-328-6004.

PARA USO EXCLUSIVO DEL SECRETARIO ADJUNTO DE LA JUNTA DE COMISIONADOS DEL CONDADO DE OLMSTED O COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE AUDIENCIAS

Fecha de recepción	
Recibido por	
Cargo por solicitud	
Fecha de la audiencia	
Hora de la audiencia	
Lugar de la audiencia	
Oficial de audiencias	