



Karen Bass, Mayor

APELACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

Aviso importante: Es la obligación del propietario mantener al corriente la información de contacto con el Departamento y de pagar la cuota del registro anual. **Si no recibe la facture no libera al propietario de la responsabilidad de asegurarse que la cuota del registro anual sea pagada y no es una base para evitar alguna sancion.**

Favor de elegir una de las siguientes **Llene el círculo apropiado**

- 1. Enfermedad debilitante y/o el fallecimiento de el/la propietario/a.
 - a. Enfermedad, se requiere prueba documentada de médico corroborando su reclamo.
 - b. Defunción, se requiere una copia del certificado de defunción.
- 2. Nuevos Propietarios – Un nuevo propietario tiene hasta cuarenta-y-cinco (45) días de la fecha de venta para registrar la propiedad. Se requiere una copia de las escrituras.
- 3. Unidades previamente exentas – El propietario tiene diez (10) días para registrar la unidad cuando esta sea rentada. Se debe presentar una copia del contrato de alquiler.
- 4. Error del departamento – (debe especificar el error).

NO ESCRIBA EN ESTA SECCIÓN

ESTE FORMULARIO DE APELACIÓN ES SOLAMENTE PARA DISPUTAR LOS CARGOS DELINCUENTES

SE DEBEN PAGAR CUOTAS REGULARES PARA QUE SU APELACIÓN SEA REVISADO (A MENOS QUE LAS FACTURAS ESTÉN RETENIDAS EN COLECCIONES).

PAGADO? SI NO

NUMERO DE PARCELA (APN): _____ NUMERO DE FACTURA: _____

DOMICILIO DE LA PROPIEDAD: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO: _____ FECHA DE COMPRA DE PROPIEDAD: _____

SE REQUIERE EL FORMULARIO DE LA PÓLIZA DE AUTORIZACIÓN DE AGENTE/REPRESENTANTE PARA EL/LA DUEÑO/A DE LA PROPIEDAD (MAS INFORMATION AL REVERSO)

DOMICILIO DEL PROPIETARIO: _____

DOMICILIO TRABAJO MÓVIL

TELÉFONO PRIMARIO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Porfavor continúe al reverso de este formulaio para documentar su justificación y para obtener información adicional.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las Leyes del Estado de California que lo siguiente es correcto y verdadero.

Firma de Propetario _____

(O agente/representante autorizado)

Imprimir nombre _____

Fecha _____

Favor de enviar por correo postal o electrónico la forma y documentos adicionales a:

CITY of LOS ANGELES - LAHD

Billing & Collections Section

P.O. Box 17790

Los Angeles, CA 90017-0790

correo electrónico a LAHD.billing@lacity.org

- SÓLO PARA USO OFICIAL -

Reviewed By: _____ Date: _____

Approved Denied Regular fees not paid No Documentation/Insufficient Documentation

Approved By: _____ Date: _____ Adj. Amount: \$ _____

An Equal Opportunity Affirmative Action Employer

Como entidad cubierta por el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Ciudad de Los Ángeles no discrimina por motivos de discapacidad y, previa solicitud, proporcionará adaptaciones razonables para garantizar la igualdad de acceso a sus programas, servicios y actividades.

