



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](mailto: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: \$ \_\_\_\_\_

