

APÉNDICE A



FORMULARIO PARA QUEJAS

ADArde  
950 Dovlen Place Suite, #100-D

To: Carson, CA 90746

\_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Dirección del Solicitante \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\*Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Razón por la cual la determinación no fue correcta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante/Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Adjunte cualquier documentación de respaldo que desee que el Panel de Apelación considere..**

\*Artículos opcionales