

BIỂU MẪU KHIẾU NẠI QUYẾT ĐỊNH SEPA/SỬ DỤNG ĐẤT

Không bắt buộc phải sử dụng biểu mẫu này để nộp đơn khiếu nại. Tuy nhiên, dù quý vị có sử dụng biểu mẫu này hay không, vui lòng đảm bảo rằng đơn khiếu nại của quý vị bao gồm tất cả các thông tin/phản hồi được yêu cầu trong biểu mẫu này. Office of Hearing Examiner (Văn Phòng Xem Xét Điều Trán) phải nhận được đơn khiếu nại, cùng với bất kỳ khoản phí nộp đơn bắt buộc nào trước 5 giờ chiều ngày cuối cùng của thời gian khiếu nại. Nếu không, đơn khiếu nại sẽ không được xem xét.

THÔNG TIN BÊN KHIẾU NẠI (Cá nhân hoặc nhóm người khiếu nại)

1. **Bên Khiếu Nại:**

Nếu nhiều cá nhân đang khiếu nại cùng nhau, hãy liệt kê tên và địa chỉ bổ sung trên một trang riêng và nêu rõ người đại diện ở mục #2 bên dưới. Nếu bên khiếu nại là một tổ chức, hãy cho biết tên và địa chỉ gửi thư của nhóm ở đây và nêu rõ người đại diện ở mục #2 bên dưới.

Tên _____

Địa chỉ _____

Điện thoại: Nơi làm việc: _____ Nhà: _____

Địa chỉ email: _____

Quý vị muốn nhận tài liệu từ Office of Hearing Examiner ở định dạng nào?

Đánh dấu một lựa chọn: _____ Thư bưu điện Hoa Kỳ _____ Tập tin đính kèm email

2. **Đại Diện Được Ủy Quyền:**

Tên người đại diện nếu khác với bên khiếu nại nêu trên. Các nhóm và tổ chức phải chỉ định một người làm người đại diện/người liên hệ của họ.

Tên _____

Địa chỉ _____

Điện thoại: Nơi làm việc: _____ Nhà: _____

Địa chỉ email: _____

Quý vị muốn nhận tài liệu từ Office of Hearing Examiner ở định dạng nào?

Đánh dấu một lựa chọn: _____ Thư bưu điện Hoa Kỳ _____ Tập tin đính kèm email

QUYẾT ĐỊNH BỊ KHIẾU NẠI

1. **Quyết định bị khiếu nại** (Nêu rõ Số MUP, Số Giải Thích, v.v.): _____

2. **Địa chỉ bất động sản** của quyết định bị khiếu nại: _____

3. **Các yếu tố của quyết định bị khiếu nại.** Chọn một hoặc nhiều yếu tố dưới đây nếu thích hợp:

_____ Sự phù hợp của các điều kiện	_____ Sai biệt
_____ Đánh giá thiết kế và ngoại lệ	_____ Sự phù hợp của EIS
_____ Sử dụng có điều kiện	_____ Sự diễn giải (Xem SMC 23.88.020)
_____ EIS không bắt buộc	_____ Bản đồ thiếu
_____ Quy hoạch tổng thể cơ quan chính	_____ Phân vùng lại
_____ Khác (nêu rõ: _____)	

THÔNG TIN KHIẾU NẠI

Trả lời từng câu hỏi một cách đầy đủ và cụ thể nhất có thể. Đính kèm các trang riêng nếu cần và dùng số đề cho biết câu hỏi.

1. Quý vị quan tâm gì đến quyết định đó? (Nêu rõ quý vị bị ảnh hưởng bởi nó như thế nào)

2. Quý vị phản đối điều gì với quyết định đó? (Liệt kê và mô tả những gì quý vị cho là sai sót, thiếu sót hoặc các vấn đề khác liên quan đến quyết định đó.)

3. Quý vị muốn thay đổi điều gì? (Nêu rõ những điều quý vị muốn Người Xem Xét thực hiện: đảo ngược quyết định, sửa đổi điều kiện, v.v.)

Chữ ký _____

Ngày _____

Chuyển hoặc gửi đơn khiếu nại và phí khiếu nại tới:

GỬI THƯ TỚI City of Seattle
ĐỊA CHỈ: Office of Hearing Examiner
P.O. Box 94729
Seattle, WA 98124-4729

ĐỊA CHỈ	SEATTLE MUNICIPAL TOWER
THỰC TẾ:	700 5 th Avenue, Suite 4000 40 th Floor Seattle, WA 98104

Lưu ý: Có thể thanh toán phí khiếu nại bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ qua điện thoại (chỉ áp dụng cho thẻ Visa hoặc MasterCard).

Điện thoại: (206) 684-0521

www.seattle.gov/examiner