

土地使用/SEPA 決定上訴表

並非硬性要求您必須使用這一表格進行上訴。但是，無論您是否使用此表格，請確保您的上訴中包含本表格中所要求的所有資訊/回答。Office of the Hearing Examiner (聽證審查官辦公室) 必須於上訴期最後一天下午 5 點之前收到上訴以及任何所需申請費用，否則不予考慮。

上訴資訊 (個人或團體進行上訴)

1. 上訴人：

若幾個人一同上訴，則請在另一張紙上列出其他人的姓名和地址並在下方第 2 項中確定一位代表。若組織機構進行上訴，據此指明團隊名稱和郵寄地址並在下方第 2 項中確定一位代表。

姓名 _____
地址 _____

電話：工作電話： _____ 家庭電話： _____

電子郵件地址： _____

您希望 Office of the Hearing Examiner 以什麼方式向您寄送文件？

請勾選一項： _____ 美國郵件 _____ 電子郵件附件

2. 授權代表：

代表姓名 (若與上方指明的上訴人不同)。團體和組織機構必須指定一個人為他們的代表/連絡人。

姓名 _____
地址 _____

電話：工作電話： _____ 家庭電話： _____

電子郵件地址： _____

您希望聽證審查官辦公室以什麼方式向您寄送文件？

請勾選一項： _____ 美國郵件 _____ 電子郵件附件

被上訴之決定

1. 被上訴之決定 (指明 MUP 編號、解讀編號等)： _____

2. 被上訴之決定的房產地址： _____

3. 被上訴之決定的各元素。勾選一個或多個適用選項：

<input type="checkbox"/> 條件的妥當性	<input type="checkbox"/> 差異
<input type="checkbox"/> 設計審查與異常	<input type="checkbox"/> EIS 適宜性
<input type="checkbox"/> 特許用途	<input type="checkbox"/> 解讀 (詳見 SMC 23.88.020)
<input type="checkbox"/> 無需 EIS	<input type="checkbox"/> 短板
<input type="checkbox"/> 主要機構總體規劃	<input type="checkbox"/> 重新分區
<input type="checkbox"/> 其他 (請詳細說明： _____)	

(結束)

上訴信息

盡可能完整且具體地回答每個問題。如有需要，請另附紙張，並參考問題編號。

1. 此決定涉及您哪些利益？（說明您是如何受到影響的）

2. 您針對這一決定有哪些反對意見？（列出並描述您認為與此決定有關的錯誤、遺漏或其他問題。）

3. 您想要獲得什麼救濟？（具體說明你希望審查官做什麼：推翻決定、修改條件等）

簽名 _____

日期 _____

遞送或郵遞上訴和上訴費用至：

郵寄 City of Seattle
地址： Office of Hearing Examiner
P.O. Box 94729
Seattle, WA 98124-4729

實際	SEATTLE MUNICIPAL TOWER
地址：	700 5 th Avenue, Suite 4000
	40 th Floor
	Seattle, WA 98104

注意：上訴費用也可以使用信用卡或借記卡透過電話（僅限 Visa 或 MasterCard）進行支付。

電話： (206) 684-0521

www.seattle.gov/examiner