AVISO DE APELACIÓN

Junta de Apelaciones del condado de Anne Arundel

Información sobre la decisión	
Decisión tomada por: I&P ____ P&Z ____ AHO____ A.C. ____ H.D. ____ Otro _____	
N.º de caso de la agencia del condado:	**Fecha de la decisión:**
Información sobre el apelante (la parte que apela)	
Nombre:	**Correo electrónico:**
Dirección:	
N.º de teléfono (casa):	**N.º de teléfono (trabajo):**
Nombre del abogado (si corresponde):	**Correo electrónico:**
Dirección del abogado:	
N.º de teléfono del abogado:	**N.º de fax del abogado:**
Información sobre el solicitante (parte que solicitó originalmente la aprobación del condado)	
Nombre:	**Correo electrónico:**
Dirección de la propiedad (si corresponde):	
Dirección de correo postal:	
N.º de teléfono (casa):	**N.º de teléfono (trabajo):**
Nombre del abogado (si corresponde):	**Correo electrónico:**
Dirección del abogado:	
N.º de teléfono del abogado:	**N.º de fax del abogado:**

Motivo de la apelación

Proporcione abajo una breve declaración de los motivos de esta apelación: (puede adjuntar más hojas si es necesario)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Se **debe presentar una copia de la decisión de la agencia del condado al mismo tiempo que este formulario.*

***** SOLO PARA USO DE LA OFICINA *****

Fecha en que se recibió:	***N.º de caso:***	***N.º de cheque:***	***Iniciales:***
Se dieron copias a:		***Cantidad del cheque:***	

Solicitante: _____ Apelante: _____ Despacho jurídico: _____ I&P: _____

P&Z: _____ Personal: _____ A.C. _____

Departamento de Salud: _____ AHO: _____ Otro: _____

***Puede adjuntar más páginas para la información del apelante y del solicitante.