

FORMULARIO DE APELACIÓN

VCB-31-19219b (Rev. 06/2024)



IN.º de Solicitud: _____

IN.º de Factura: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Si su solicitud o factura fue denegada y no está **de acuerdo** con esta decisión, puede presentar una apelación. Una apelación debe tener matasellos o recibirse dentro de los 45 días posteriores a la fecha de su carta de denegación. CalVCB revisará su apelación y toda la información que proporcione.

- Para presentar una apelación, usted o su representante deben completar este formulario y enviarlo a CalVCB a la siguiente dirección: **Legal and Appeals Office, P.O. Box 350, Sacramento, CA 95812-0350**
- También puede enviar este formulario por correo electrónico - info@victims.ca.gov, por fax - victimsappealsfax@victims.ca.gov o subir en línea este formulario utilizando su información de inicio de sesión en el portal en línea de CalVCB.
- Para presentar una apelación por la decisión de denegar o denegar parcialmente los honorarios del abogado, el abogado debe completar este formulario y devolverlo a CalVCB.

Debe indicar las razones específicas por las que no está de acuerdo con la denegación y proporcionar información y/o documentos para respaldar las razones por las que cree que su reclamo debe ser aprobado. Se pueden usar hojas de papel adicionales si es necesario. **Si no apela dentro de los 45 días, la denegación será definitiva.**

Razones no estoy de acuerdo con esta decisión:

Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del Solicitante, Demandante o Representante: _____ Fecha: _____

Usted está obligado a mantener actualizada la información de contacto en los archivos de CalVCB. Si su información ha cambiado, actualícela a continuación:

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

CALIFORNIA VICTIM COMPENSATION BOARD
P.O. Box 350 • Sacramento, CA 95812 • Phone: 800-777-9229 • www.victims.ca.gov

