

土地使用/SEPA 决定上诉表

并非硬性要求您必须使用这一表格进行上诉。但是，无论您是否使用此表格，请确保您的上诉中包含本表格中所要求的所有信息/回答。Office of Hearing Examiner（听证审查官办公室）必须于上诉期最后一天下午5点之前收到上诉以及任何所需申请费用，否则不予考虑。

上诉信息（个人或团体进行上诉）

1. 上诉人：

若几个人一同上诉，则请在另一张纸上列出其他人的姓名和地址并在下方第2项中确定一位代表。若组织机构进行上诉，据此指明团队名称和邮寄地址并在下方第2项中确定一位代表。

姓名 _____

地址 _____

电话：工作电话： _____ 家庭电话： _____

传真： _____ 电子邮件地址： _____

您希望 Office of Hearing Examiner 以什么方式向您发送文件？

请勾选一项： 美国邮件 传真 电子邮件附件

2. 授权代表：

代表姓名（若与上方指明的上诉人不同）。团体和组织机构必须指定一个人为他们的代表/联系人。

姓名 _____

地址 _____

电话：工作电话： _____ 家庭电话： _____

传真： _____ 电子邮件地址： _____

您希望听证审查官办公室以什么方式向您发送文件？

请勾选一项： 美国邮件 传真 电子邮件附件

被上诉之决定

1. 被上诉之决定（指明 MUP 编号、解读编号等）： _____

2. 被上诉之决定之房产地址： _____

3. 被上诉之决定的各元素。勾选一个或多个适用选项：

<input type="checkbox"/> 条件的妥当性	<input type="checkbox"/> 差异
<input type="checkbox"/> 设计审查与异常	<input type="checkbox"/> EIS 适宜性
<input type="checkbox"/> 特许用途	<input type="checkbox"/> 解读（详见 SMC 23.88.020 ）
<input type="checkbox"/> 无需 EIS	<input type="checkbox"/> 短板
<input type="checkbox"/> 主要机构总体规划	<input type="checkbox"/> 重新分区
<input type="checkbox"/> 其他（请详细说明： _____）	

（结束）

上诉信息

尽可能完整且具体地回答每个问题。如有需要，请另附纸张，并按问题编号。

1. 此决定涉及您哪些利益？（说明您是如何受到影响的）

2. 您针对这一决定有哪些反对意见？（列出并描述您认为与此决定有关的错误、遗漏或其他问题。）

3. 您想要获得什么救济？（具体说明你希望审查官做什么：推翻决定、修改条件等）

签名 _____

日期 _____

递送或邮递上诉和上诉费用至：

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

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

注意： 上诉费用也可以使用信用卡或借记卡通过电话（仅限 Visa 或 MasterCard）进行支付。

电话： (206) 684-0521

传真： (206) 684-0536

www.seattle.gov/examiner