ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento del Trabajo
y Recursos Humanos

SOLICITUD DE APELACIÓN ANTE EL SECRETARIO (CASOS NSE)

☐ Reclamante ☐ Patronal

Nombre del Reclamante	Núm. Seguro Social	Núm. Apelación

Dirección postal del Reclamante: (Urb./Bda./Res./Calle/Casa/Bloque y/o PO Box)	**Municipio**	
Teléfono:	País PR	Código Postal

Nombre del Patrono:

Dirección del patrono: (Física o PO Box)	**Municipio**	
Teléfono:	País PR	Código Postal

Solicito:

☐ **Apelación** por no estar de acuerdo con la **Resolución del Árbitro** emitida en _____ por las siguientes razones:
(fecha)

☐ **Reconsideración** por no estar de acuerdo con la **Decisión del Secretario** emitida en _____ por las siguientes razones:
(fecha)

_____ _____
Fecha Firma

INCLUYA COPIA DEL DOCUMENTO QUE ESTÁ APELANDO (RESOLUCIÓN Y/O DECISIÓN)

OFICINA DE APELACIONES ANTE EL SECRETARIO
(Física) Piso 8, Edificio Prudencio Rivera Martínez, Avenida Muñoz Rivera 505, Hato Rey, PR 00918
(Postal) PO Box 195540, San Juan, Puerto Rico 00919-5540
Tel. (787) 754-5361 / Fax (787) 754-5896 / e-mail oas@trabajo.pr.gov