

**CIUDAD DE PHILADELPHIA
OFICINA DE REVISIÓN ADMINISTRATIVA
SOLICITUD DE APELACIÓN**

PRESENTE ORIGINAL Y 2 COPIAS

VEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO. ESCRIBA CLARAMENTE TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA O DE MOLDE.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		RECIBIDO EN (Solo para uso de la oficina)	
NOMBRE DEL NEGOCIO		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN POSTAL		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR FEDERAL	
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD (si está involucrada).

CUENTA TRIBUTARIA/Nº DE FACTURA	FECHA DE FACTURACIÓN	Nº DE REEMBOLSO	FECHA DE CARTA DE RECHAZO
---------------------------------	----------------------	-----------------	---------------------------

TIPO DE APELACIÓN					
<input type="checkbox"/> PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> INTERÉS/PENALIDAD		<input type="checkbox"/> APELACIÓN DE REEMBOLSO	
TIPO DE IMPUESTO	PERÍODO/AÑO	PRINCIPAL	INTERÉS	PENALIDAD	TOTAL
TOTALES					

RAZÓN DE ESTA APELACIÓN (sea breve y conciso. No use el reverso. Adjunte hojas adicionales, si es necesario, a la parte de atrás de esta apelación).

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (si se contrató alguno).		NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
<p><i>POR LA PRESENTE CERTIFICO que las declaraciones descritas aquí y en cualquier calendario o documentación de prueba son fieles y exactas a mi saber y entender. Entiendo que, si hago deliberadamente cualquier declaración falsa, estoy sujeto a las sanciones descritas por la ley.</i></p>			
FIRMA DEL SOLICITANTE		CARGO	FECHA

<p>ENVIAR LA DEMANDA COMPLETA A: CITY OF PHILADELPHIA - TAX REVIEW BOARD 100 SOUTH BROAD STREET - ROOM 400 PHILADELPHIA, PA 19110 O A TRAVÉS DEL FAX: 215-686-5228.</p>	<p>PARA LLAMADA DE ASISTENCIA: 215-686-5216.</p> <p>Nº DE EXPEDIENTE ASIGNADO (solo para uso de la oficina)</p>
--	--