

SOLICITUD DE APELACIÓN

Formulario 1000 de la ABCAB (Rev. 7/23)



Instrucciones: Cualquier persona que no esté de acuerdo con una resolución final del Departamento de Control de Bebidas Alcohólicas puede apelarla completando este formulario y presentándolo ante la Junta de Apelaciones del Control de Bebidas Alcohólicas antes de la fecha límite (de conformidad con la sección 183 del Título 4 del CCR). Para más información, visite www.abcab.ca.gov (escanee el código QR) o llame al 916-445-4005.

Por la presente, se notifica que la parte que figura a continuación apela la resolución dictada en su contra por el Departamento de Control de Bebidas Alcohólicas, tal como autoriza la sección 23081 del Código Comercial y Profesional.

Nombre: _____ Número(s) de expediente: _____

(solo para titulares de licencias)

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del titular/caso: _____

Fecha de resolución del Departamento: _____ Número(s) de registro: _____

Número del colegio de abogados: _____ Relación con el/los apelante(s): _____
(si corresponde)

Motivos de la apelación (marque todas las casillas que describan la razón por la cual apeló):

El Departamento procedió sin ser competente o excediendo su jurisdicción.

El Departamento no procedió de la manera exigida por la ley.

La resolución del Departamento no está respaldada por las conclusiones.

Las conclusiones no están respaldadas por pruebas sustanciales a la luz de la totalidad del expediente.

Existen pruebas pertinentes que, en ejercicio de una diligencia razonable, no pudieron aportarse o fueron indebidamente excluidas en la audiencia ante el Departamento.

Indique por qué está en desacuerdo con la resolución del Departamento. Señale cualquier error u omisión y las cuestiones específicas que la Junta debe tener en cuenta en su revisión: (añada más páginas si es necesario)

Prueba de notificación: De conformidad con la sección 181 del Título 4 del CCR, toda persona que presente este formulario ante la Junta de Apelaciones debe adjuntar una [prueba de notificación](#) que demuestre que se ha entregado una copia completada de este formulario a todas las partes de esta apelación, incluido el Departamento de Control de Bebidas Alcohólicas.

Firma del apelante/los apelantes o de su representante autorizado

Nombre(s) en letra de imprenta

Fecha