

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**TRIBUNAL DE APELACIONES**  
**REGIÓN JUDICIAL DE \_\_\_\_\_**  
**(Región Judicial de donde procede el recurso)**

<hr/> <p style="text-align: center;">Recurrente o recurrido(a)</p> <p style="text-align: center;">v.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Recurrente o recurrido(a)</p>	<p>Núm. caso TA: _____</p> <p>Núm. caso ante organismo recurrido: _____</p>
---	---

**RECURSO DE REVISIÓN ESPECIAL**  
**Regla 67 – Reglamento del Tribunal de Apelaciones**

**Al Honorable Tribunal:**

Comparece \_\_\_\_\_, por su propio derecho y  
(Nombre y apellidos completos)

respetuosamente expone, alega y solicita:

1. Nombre de la agencia u organismo recurrido:

\_\_\_\_\_

2. Que dicha agencia me negó, redujo, canceló o modificó un derecho o servicio de beneficencia social.

3. Que la decisión final que cuestiono, la cual se acompaña, consiste en:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Que las razones o fundamentos para presentar el recurso de revisión judicial son las siguientes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Que el remedio que solicito es el siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por todo lo cual**, muy respetuosamente solicito al Honorable Tribunal que declare CON LUGAR el presente Recurso de Revisión Especial, con cualquier otro pronunciamiento que en derecho proceda.

Respetuosamente sometido.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ENTREGUÉ COPIA DE ESTE RECURSO A LA AGENCIA O DEPARTAMENTO RECURRIDO PERSONALMENTE O POR CORREO REGULAR.

SOLICITO QUE LA SECRETARÍA DEL TRIBUNAL DE APELACIONES ENVÍE LAS NOTIFICACIONES

**CERTIFICO:** Que todos y cada uno de los hechos expuestos en este recurso que precede son ciertos por constarme de propio y personal conocimiento.

_____ Nombre en letra de molde	Dirección Postal: _____ _____ _____ Teléfono: _____
_____ Firma	

---

**PARA LLENAR POR LA AGENCIA O DEPARTAMENTO EN CASO DE QUE EL ORIGINAL DEL RECURSO SE PRESENTE EN EL FORO ADMINISTRATIVO:**

---

**CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA O DEPARTAMENTO:**

Certifico que recibí personalmente el Recurso de Revisión Especial, del cual retuve copia y envié original al Tribunal de Apelaciones por:

MENSAJERO

CORREO ORDINARIO A DIRECCIÓN POSTAL: PO BOX 191067, SAN JUAN, PUERTO RICO, 00919-1067

Fecha de presentación en la Agencia o Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del funcionario (a) que recibe:

_____ Nombre en letra de molde	_____ Firma
-----------------------------------	----------------