

اس نمبر پر فیکس کریں: (518) 473-6735

## منصفانہ سماعت درخواست کروانے / دوبارہ کھولنے کی درخواست

P.O BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

سماعت سے قبل سات دن پہلے درخواست کروانے کی درخواست میں مناسب کارروائی کے لیے معقول وقت نہیں مل سکتا ہے اور تحریری درخواست لازمی طور پر دی جانی چاہیے۔

براہ کرم معلومات کو جلی حروف میں صاف صاف لکھیں۔

آج کی تاریخ:

کیس #: \_\_\_\_\_

منصفانہ سماعت کا نمبر: \_\_\_\_\_

سماعت کی تاریخ اور وقت: \_\_\_\_\_

اپیل کنندہ کی معلومات:

کیس کا نام: \_\_\_\_\_

(درمیانی نام کا پہلا حرف)

(پہلا)

(آخری)

اپارٹمنٹ #: \_\_\_\_\_

اسٹریٹ کا پتہ: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_

ریاست: \_\_\_\_\_

ژپ کوڈ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

ڈیفالٹ شدہ منصفانہ سماعت کو درخواست کرنے یا دوبارہ کھولنے کی درخواست کرنے کی وجہ: (معقول وجہ بتانے کی ضرورت ہے)

نمائندہ کی معلومات:

قانونی گروپ: \_\_\_\_\_

نام: \_\_\_\_\_

اسٹریٹ کا پتہ: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_

ریاست: \_\_\_\_\_

ژپ کوڈ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

\_\_\_\_\_ ( )

براہ کرم ایسے دستاویز منسلک کریں، اگر کوئی ہو، جو منصفانہ سماعت کو درخواست کرنے یا دوبارہ کھولنے کی درخواست کو تعاون کرتا ہو۔

اس فارم کو موصول کرنے کا مطلب صرف یہ ہے کہ درخواست کرنے یا دوبارہ کھولنے کے لیے آپ کی درخواست کا جائزہ لیا جائے گا۔