

طلب سحب طلب انعقاد جلسة استماع عادلة

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

(877) 209-1134

يُرسل بالفاكس إلى: (518) 473-6735

يجب ألا يقوم بإكمال هذا النموذج إلا المستأنف أو الممثل المفوض فقط.
تتيح لنا المعلومات الصحيحة والكاملة معالجة طلبك على الفور.

يُرعى كتابة المعلومات بوضوح. _____ تاريخ اليوم: _____
رقم جلسة الاستماع العادلة: _____ رقم الحالة: _____
تاريخ جلسة الاستماع: _____ وقت جلسة الاستماع: _____
المقاطعة الشمالية: _____ أو الوكالة بمدينة نيويورك: _____

بيانات المستأنف:

اسم الحالة _____
(العائلة) (الأول) (الحرف الأول من الاسم الأوسط)
آخر أربعة أرقام من رقم الضمان الاجتماعي: _____
العنوان: _____ رقم الشقة: _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف: () _____ رقم الفاكس: () _____

بيانات الممثل:

الاسم: _____
علاقته بالمستأنف: _____
المنظمة الممثلة: (إذا كان ينطبق) _____
العنوان: _____ رقم الجناح/الطابق/الشقة _____
المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____
الهاتف: () _____ الخط الداخلي: _____

ما سبب رغبتك في سحب طلب جلسة الاستماع العادلة الذي قدمته؟

(أمثلة: حُلّت المشكلة، لم تعد ترغب في الاستمرار، إلخ)

التوقيع: _____ التاريخ: _____