

SOLICITUD PARA RETIRAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930
(877) 209-1134
Fax al: (518) 473-6735

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL APELANTE O REPRESENTATE AUTORIZADO
LA INFORMACIÓN CORRECTA Y COMPLETA NOS PERMITE PROCESAR RÁPIDAMENTE SU SOLICITUD.

Por favor escriba claramente la información.

FECHA DE HOY: _____

NÚMERO DE AUDIENCIA IMPARCIAL: _____ **No. DE CASO:** _____

FECHA DE LA AUDIENCIA: _____ **HORA DE LA AUDIENCIA:** _____

CONDADO AL NORTE DEL ESTADO: _____

o AGENCIA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK: _____

INFORMACIÓN DEL APELANTE:

NOMBRE DEL CASO: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____ **No. DE APTO:** _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

No. DE TELÉFONO: () _____ **No. DE FAX:** () _____

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

NOMBRE: _____

RELACIÓN CON EL APELANTE: _____

ORGANIZACIÓN DEL REPRESENTANTE: (SI PROCEDE) _____

DIRECCIÓN: _____ **SUITE/PISO/APTO. No.:** _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

No. DE TELÉFONO: () _____ **EXTENSIÓN:** _____

**¿CUÁL ES LA RAZÓN POR LA QUE DESEA RETIRAR SU SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL?
(EJEMPLOS: EL ASUNTO SE RESOLVIÓ; NO DESEA SEGUIR AVANZANDO EN EL ASUNTO, ETC.)**

FIRMA: _____ **FECHA:** _____