

공청회 철회 요청서  
P.O. BOX 1930  
ALBANY, NY 12201-1930  
(877) 209-1134  
팩스: (518) 473-6735

이 양식은 **신청인** 또는 **대리인**만 작성해야 합니다.  
요청이 즉시 처리되기 위해서는 정확하고 완전한 정보가 요구됩니다.

인쇄체로 명확하게 기재해 주십시오.

금일 날짜: \_\_\_\_\_

공청회 번호: \_\_\_\_\_ 케이스 번호: \_\_\_\_\_

공청회 날짜: \_\_\_\_\_ 공청회 시간: \_\_\_\_\_

업스테이트 카운티: \_\_\_\_\_ 또는 NYC 기관: \_\_\_\_\_

**신청인 정보:**

케이스 이름: \_\_\_\_\_

(성)

(이름)

(중간이름 이니셜)

소셜시큐리티 번호 마지막 4자리: \_\_\_\_\_

거주지 주소: \_\_\_\_\_ APT. #: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

전화번호: ( ) \_\_\_\_\_ 팩스: ( ) \_\_\_\_\_

**대리인 정보:**

이름: \_\_\_\_\_

신청인과의 관계: \_\_\_\_\_

담당 기관: (해당되는 경우) \_\_\_\_\_

거주지 주소: \_\_\_\_\_ 스위트룸/층/아파트 #: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

전화번호: ( ) \_\_\_\_\_ 내선번호: \_\_\_\_\_

귀하께서 공청회 요청을 철회하시는 사유는 무엇입니까?  
(예: 문제가 해결되어 더 이상 문제를 제기할 필요 없음 등)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_