

TÉLÉCOPIE au : (518) 473-6735

**DEMANDE D'AJOURNEMENT/RÉOUVERTURE D'UNE AUDIENCE ÉQUITABLE**

P.O BOX 1930  
ALBANY, NY 12201-1930

LES DEMANDES ÉCRITES D'AJOURNEMENT PRÉSENTÉES MOINS DE SEPT JOURS AVANT L'AUDIENCE PEUVENT NE PAS LAISSER SUFFISAMMENT DE TEMPS POUR UN TRAITEMENT APPROPRIÉ ET UNE RÉPONSE ÉCRITE SI CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE.

*Veillez imprimer les informations clairement.*

**DATE DU JOUR :** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO D'AUDIENCE ÉQUITABLE :** \_\_\_\_\_ **DOSSIER # :** \_\_\_\_\_

**DATE ET HEURE DE L'AUDIENCE :** \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS DE L'APPELANT :**

INTITULÉ : \_\_\_\_\_  
(NOM) (PRÉNOM) (INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM)

ADRESSE DE RUE : \_\_\_\_\_ APPT. # : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ( ) \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : ( ) \_\_\_\_\_

MOTIF DE LA DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE D'UNE AUDIENCE ÉQUITABLE MANQUÉE : (*NÉCESSAIRE POUR ÉTABLIR UN MOTIF VALABLE*)

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

**INFORMATIONS DU REPRÉSENTANT :**

GRUPE JURIDIQUE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE RUE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ( ) \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : ( ) \_\_\_\_\_

***VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS, LE CAS ÉCHÉANT, QUI APPUIERONT VOTRE DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE DE L'AUDIENCE ÉQUITABLE.***

**LA RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE SIGNIFIE SEULEMENT QUE VOTRE DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE SERA ÉVALUÉE.**