

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕНОСЕ/ВОЗОБНОВЛЕНИИ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ

P.O. Box 1930
Albany, NY 12201-1930

ЕСЛИ ПИСЬМЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕНОСЕ ПОДАНО МЕНЕЕ ЧЕМ ЗА СЕМЬ ДНЕЙ ДО СЛУШАНИЯ, ТО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ТАКОГО ЗАЯВЛЕНИЯ НАДЛЕЖАЩИМ ОБРАЗОМ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НА НЕГО В СЛУЧАЕ НЕОБХОДИМОСТИ ОТВЕТА В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ НЕДОСТАТОЧНО.

Заполнить разборчиво печатными буквами.

ТЕКУЩАЯ ДАТА: _____

БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ №: _____ ДЕЛО №: _____

ДАТА И ВРЕМЯ СЛУШАНИЯ: _____

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ:

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА: _____
(ФАМИЛИЯ) (ИМЯ) (ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ)

НОМЕР ДОМА И УЛИЦА: _____ КВ. №: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОН: () _____ ФАКС: () _____

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕНОСЕ ***ИЛИ*** ВОЗОБНОВЛЕНИИ ПРЕКРАЩЕННОГО БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ: ***(НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ УВАЖИТЕЛЬНОЙ ПРИЧИНЫ)***

СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:

ГРУППА ЮРИДИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ: _____

ИМЯ: _____

НОМЕР ДОМА И УЛИЦА: _____

ГОРОД: _____ ШТАТ: _____ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

ТЕЛЕФОН: () _____ ФАКС: () _____

ПРОСЬБА ПРИЛОЖИТЬ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПЕРЕНОСЕ ИЛИ ВОЗОБНОВЛЕНИИ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ (ПРИ НАЛИЧИИ ТАКОВЫХ).

ПРИЕМ ДАННОГО ЗАЯВЛЕНИЯ ОЗНАЧАЕТ ЛИШЬ ТО, ЧТО ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ПЕРЕНОСЕ ИЛИ ВОЗОБНОВЛЕНИИ БУДЕТ РАССМОТРЕНО.