

## منصفانہ سماعت واپس لینے کی درخواست

P.O. BOX 1930

ALBANY, NY 12201-1930

(877) 209-1134

اس نمبر پر فیکس کریں: (518) 473-6735

اس فارم کو صرف اپیل کنندہ یا مجاز نمائندہ کے ذریعہ ہی مکمل کیا جانا چاہیے۔  
درست اور مکمل معلومات سے ہمیں فوری طور پر آپ کی درخواست پر کارروائی کرنے کی اجازت ملے گی۔

براہ کرم معلومات کو جلی حروف میں صاف صاف لکھیں۔

آج کی تاریخ:

منصفانہ سماعت کا نمبر: \_\_\_\_\_ کیس #: \_\_\_\_\_

سماعت کی تاریخ: \_\_\_\_\_ سماعت کا وقت: \_\_\_\_\_

اپ اسٹیٹ کاؤنٹی: \_\_\_\_\_ یا NYC ایجنسی: \_\_\_\_\_

اپیل کنندہ کی معلومات:

کیس کا نام \_\_\_\_\_

(درمیانی نام کا پہلا حرف)

(پہلا)

(آخری)

سوشل سیکیورٹی نمبر کے آخری ہندسے: \_\_\_\_\_

اسٹریٹ کا پتہ: \_\_\_\_\_ اپارٹمنٹ #: \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ ٹپ کوڈ: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ فیکس نمبر: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

نمائندہ کی معلومات:

نام: \_\_\_\_\_

اپیل کنندہ سے رشتہ: \_\_\_\_\_

نمائندہ تنظیم: \_\_\_\_\_ (اگر قابل اطلاق ہو)

اسٹریٹ کا پتہ: \_\_\_\_\_ سوئٹ / فلور / اپارٹمنٹ # \_\_\_\_\_

شہر: \_\_\_\_\_ ریاست: \_\_\_\_\_ ٹپ کوڈ: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ایکسٹنشن: \_\_\_\_\_

وہ کون سی وجہ ہے جس کے سبب آپ اپنی منصفانہ سماعت کی درخواست واپس لینا چاہتے ہیں؟

(مثالیں: مسئلہ حل ہو گیا تھا؛ آپ مزید مسئلہ کو آگے نہیں لے جانا چاہتے ہیں، وغیرہ)

---



---



---



---



---

تاریخ:

دستخط: