

## 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.**