

SOLICITUD PARA APLAZAR/REABRIR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

P.O BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930

ES POSIBLE QUE LAS SOLICITUDES DE APLAZAMIENTO POR ESCRITO QUE SEAN ENVIADAS CON MENOS DE SIETE DÍAS DE ANTELACIÓN A LA AUDIENCIA NO CUENTEN CON EL TIEMPO SUFICIENTE PARA SER PROCESADAS DE MANERA CORRECTA, NI PARA UNA RESPUESTA POR ESCRITO, DE SER NECESARIA.

Por favor escriba claramente la información.

FECHA DE HOY: _____

NÚMERO DE AUDIENCIA IMPARCIAL: _____ **No. DE CASO:** _____

FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA: _____

INFORMACIÓN DEL APELANTE:

NOMBRE DEL CASO: _____
(APELLIDO) (PRIMER NOMBRE) (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____ No. DE APTO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

No. DE TELÉFONO: () _____ No. DE FAX: () _____

MOTIVO PARA SOLICITAR EL APLAZAMIENTO Q LA REAPERTURA DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL EN LA QUE HUBO INCOMPARECENCIA: *(SE REQUIERE ESTABLECER CAUSA O MOTIVO SUFICIENTE)*

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE:

GRUPO LEGAL: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

No. DE TELÉFONO: () _____ No. DE FAX: () _____

POR FAVOR ADJUNTE DOCUMENTACIÓN, SI LA HUBIERE, QUE APOYE SU SOLICITUD DE APLAZAMIENTO O REAPERTURA DE LA AUDIENCIA IMPARCIAL.

EL RECIBO DE ESTA INFORMACIÓN SIGNIFICA ÚNICAMENTE QUE SU SOLICITUD DE APLAZAMIENTO O REAPERTURA SERÁ EVALUADA.