

申請撤銷公平聽證會
P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930
(877) 209-1134
傳真到：(518) 473-6735

此表格僅可由申請人或授權代表人填寫。
提供正確且完整的資訊將有助於讓我們迅速處理您的申請。

請以正楷清楚載明資訊。

今天的日期：_____

公平聽證會號碼：_____ 個案號碼：_____

聽證會日期：_____ 聽證會時間：_____

上州郡：_____ 或 紐約市機構：_____

申請人資訊：

個案名稱 _____

(姓氏)

(名字)

(中間名)

社會安全號碼後四碼：_____

街道地址：_____ 公寓 #：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：() _____ 傳真號碼：() _____

代表人資訊：

姓名：_____

與申請人的關係：_____

代表人組織：(如適用時) _____

街道地址：_____ 套房/樓層/公寓 # _____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：() _____ 分機：_____

您希望撤銷公平聽證會申請的理由為何？
(範例：問題已解決；您不再想要追究問題等等)

簽名：_____ 日期：_____