

공청회 철회 요청서
P.O. BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930
(877) 209-1134
팩스: (518) 473-6735

이 양식은 **신청인** 또는 **대리인**만 작성해야 합니다.
요청이 즉시 처리되기 위해서는 정확하고 완전한 정보가 요구됩니다.

인쇄체로 명확하게 기재해 주십시오.

금일 날짜: _____

공청회 번호: _____ 케이스 번호: _____

공청회 날짜: _____ 공청회 시간: _____

업스테이트 카운티: _____ 또는 NYC 기관: _____

신청인 정보:

케이스 이름: _____

(성)

(이름)

(중간이름 이니셜)

소셜시큐리티 번호 마지막 4자리: _____

거주지 주소: _____ APT. #: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: () _____ 팩스: () _____

대리인 정보:

이름: _____

신청인과의 관계: _____

담당 기관: (해당되는 경우) _____

거주지 주소: _____ 스위트룸/층/아파트 #: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: () _____ 내선번호: _____

귀하께서 공청회 요청을 철회하시는 사유는 무엇입니까?

(예: 문제가 해결되어 더 이상 문제를 제기할 필요 없음 등)

서명: _____ 날짜: _____