

طلب تأجيل/إعادة عقد جلسة استماع عادلة

P.O BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930

قد لا تتيح طلبات التأجيل المكتوبة المقدمة قبل جلسة الاستماع بأقل من سبعة أيام فترة كافية للتعاملات اللازمة وإرسال رد مكتوب إن اقتضى الأمر.

يُرجى كتابة المعلومات بوضوح.

تاريخ اليوم: _____

رقم جلسة الاستماع العادلة: _____ رقم الحالة: _____

تاريخ جلسة الاستماع ووقتها: _____

بيانات المستأنف:

اسم الحالة: _____
(العائلة) (الأول) (الحرف الأول من الاسم الأوسط)

العنوان: _____ رقم الشقة: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: () _____ رقم الفاكس: () _____

سبب طلب تأجيل أو إعادة عقد جلسة الاستماع التي لم تقم بحضورها: (لازم لإثبات وجود سبب وجيه)

بيانات الممثل:

المجموعة القانونية: _____

الاسم: _____

العنوان: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____

رقم الهاتف: () _____ رقم الفاكس: () _____

يُرجى إرفاق الوثائق التي تدعم طلبك المقدم للحصول على تأجيل أو إعادة عقد جلسة الاستماع العادلة، وذلك إن وجدت.

يعني استلام هذا النموذج فقط أن طلب التأجيل أو إعادة عقد الجلسة الذي تقدمت به سيخضع للتقييم.