

TÉLÉCOPIE au : (518) 473-6735

DEMANDE D'AJOURNEMENT/RÉOUVERTURE D'UNE AUDIENCE ÉQUITABLE

P.O BOX 1930
ALBANY, NY 12201-1930

LES DEMANDES ÉCRITES D'AJOURNEMENT PRÉSENTÉES MOINS DE SEPT JOURS AVANT L'AUDIENCE PEUVENT NE PAS LAISSER SUFFISAMMENT DE TEMPS POUR UN TRAITEMENT APPROPRIÉ ET UNE RÉPONSE ÉCRITE SI CELA S'AVÈRE NÉCESSAIRE.

Veillez imprimer les informations clairement.

DATE DU JOUR : _____

NUMÉRO D'AUDIENCE ÉQUITABLE : _____ **DOSSIER # :** _____

DATE ET HEURE DE L'AUDIENCE : _____

INFORMATIONS DE L'APPELANT :

INTITULÉ : _____
(NOM) (PRÉNOM) (INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM)

ADRESSE DE RUE : _____ APPT. # : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : () _____ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : () _____

MOTIF DE LA DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE D'UNE AUDIENCE ÉQUITABLE MANQUÉE : (*NÉCESSAIRE POUR ÉTABLIR UN MOTIF VALABLE*)

INFORMATIONS DU REPRÉSENTANT :

GRUPE JURIDIQUE : _____

NOM : _____

ADRESSE DE RUE : _____

VILLE : _____ ÉTAT : _____ CODE POSTAL : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : () _____ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : () _____

VEUILLEZ JOINDRE LES DOCUMENTS, LE CAS ÉCHÉANT, QUI APPUIERONT VOTRE DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE DE L'AUDIENCE ÉQUITABLE.

LA RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE SIGNIFIE SEULEMENT QUE VOTRE DEMANDE D'AJOURNEMENT OU DE RÉOUVERTURE SERA ÉVALUÉE.