

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：\_\_\_\_\_