

## DEMANDE DE RETRAIT D'UNE AUDIENCE ÉQUITABLE

P.O. BOX 1930  
ALBANY, NY 12201-1930  
(877) 209-1134  
Télécopie au : (518) 473-6735

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'APPELANT OU SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ UNIQUEMENT.  
DES INFORMATIONS CORRECTES ET COMPLÈTES NOUS PERMETTRONT DE TRAITER RAPIDEMENT VOTRE DEMANDE.**

*Veillez imprimer les informations clairement.*

**DATE DU JOUR :** \_\_\_\_\_

**NUMÉRO D'AUDIENCE ÉQUITABLE :** \_\_\_\_\_ **DOSSIER #:** \_\_\_\_\_

**DATE D'AUDIENCE :** \_\_\_\_\_ **HEURE D'AUDIENCE :** \_\_\_\_\_

**COMTÉ AU NORD DE L'ÉTAT :** \_\_\_\_\_ **ou AGENCE DE NYC :** \_\_\_\_\_

### **INFORMATIONS DE L'APPELANT :**

INTITULÉ \_\_\_\_\_

(NOM)

(PRÉNOM)

(SECOND PRÉNOM)

QUATRE DERNIERS CHIFFRES DU NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

ADRESSE DE RUE : \_\_\_\_\_ APPT. #: \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : (     ) \_\_\_\_\_ NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR : (     ) \_\_\_\_\_

### **INFORMATIONS DU REPRÉSENTANT :**

NOM : \_\_\_\_\_

RELATION AVEC L'APPELANT : \_\_\_\_\_

ORGANISATION REPRÉSENTATIVE : (LE CAS ÉCHÉANT) \_\_\_\_\_

ADRESSE DE RUE : \_\_\_\_\_ SUITE/ÉTAGE/APPT. # \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ ÉTAT : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉTÉLÉPHONE : (     ) \_\_\_\_\_ POSTE : \_\_\_\_\_

**POUR QUELLE RAISON SOUHAITEZ-VOUS RETIRER VOTRE DEMANDE D'AUDIENCE ÉQUITABLE ?**

**(EXEMPLES : LE PROBLÈME A ÉTÉ RÉSOLU ; VOUS NE SOUHAITEZ PLUS POURSUIVRE LE PROBLÈME, ETC.)**

---

---

---

---

---

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_