

# ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТМЕНЕ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ

P.O. BOX 1930  
Albany, NY 12201-1930  
(877) 209-1134  
Факс: (518) 473-6735

ДАННЫЙ БЛАНК ЗАПОЛНЯЕТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ЗАЯВИТЕЛЕМ ИЛИ  
УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ.  
ДОСТОВЕРНАЯ И ПОЛНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОЗВОЛИТ НАМ ОПЕРАТИВНО ОБРАБОТАТЬ ВАШЕ ЗАЯВЛЕНИЕ.

*Заполнить разборчиво печатными буквами.*

ТЕКУЩАЯ ДАТА: \_\_\_\_\_

БЕСПРИСТРАСТНОЕ СЛУШАНИЕ №: \_\_\_\_\_ ДЕЛО №: \_\_\_\_\_

ДАТА СЛУШАНИЯ: \_\_\_\_\_ ВРЕМЯ СЛУШАНИЯ: \_\_\_\_\_

ОКРУГ ШТАТА: \_\_\_\_\_ или АГЕНТСТВО Г. НЬЮ-ЙОРКА: \_\_\_\_\_

## **СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ:**

НАИМЕНОВАНИЕ ДЕЛА: \_\_\_\_\_

(ФАМИЛИЯ) (ИМЯ) (ИНИЦИАЛ СРЕДНЕГО ИМЕНИ)

ПОСЛЕДНИЕ ЧЕТЫРЕ ЦИФРЫ НОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ: \_\_\_\_\_

НОМЕР ДОМА И УЛИЦА: \_\_\_\_\_ КВ. №: \_\_\_\_\_

ГОРОД: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: ( ) \_\_\_\_\_ ФАКС: ( ) \_\_\_\_\_

## **СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ:**

ИМЯ: \_\_\_\_\_

В КАКИХ ОТНОШЕНИЯХ СОСТОИТ С ЗАЯВИТЕЛЕМ: \_\_\_\_\_

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ: (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО) \_\_\_\_\_

НОМЕР ДОМА И УЛИЦА: \_\_\_\_\_ ОФИС/ЭТАЖ/КВ. №: \_\_\_\_\_

ГОРОД: \_\_\_\_\_ ШТАТ: \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: ( ) \_\_\_\_\_ ДОБАВОЧНЫЙ: \_\_\_\_\_

**КАКОВА ПРИЧИНА ВАШЕГО РЕШЕНИЯ ОБ ОТЗЫВЕ ЗАЯВЛЕНИЯ  
О ПРОВЕДЕНИИ БЕСПРИСТРАСТНОГО СЛУШАНИЯ?  
(НАПРИМЕР, ВОПРОС УЖЕ РЕШЕН; ВЫ БОЛЬШЕ НЕ НАМЕРЕНЫ  
ЗАНИМАТЬСЯ ДАННЫМ ВОПРОСОМ И Т. Д.)**

---

---

---

---

---

ПОДПИСЬ: \_\_\_\_\_ ДАТА: \_\_\_\_\_