

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:** _____