



Office of
Victim Services

ANDREW M. CUOMO
الحاكم

ELIZABETH CRONIN الموقرة
المديرة

نموذج تغيير العنوان

لقد قدمت مطالبة للحصول على تعويض ضحايا الجريمة. نود أن نتأكد من استلامك لجميع المراسلات الواردة منا ومن تمكين موظفينا من الاتصال بك إذا لزم الأمر. نتطلب لوائحنا أن نتلقى إشعارًا مكتوبًا منك بتغيير معلومات جهة الاتصال، مثل العنوان أو رقم الهاتف.

ونطلب منك إكمال المعلومات الواردة أدناه حتى يمكننا تحديث ملفك. وتعتبر هذه المعلومات سرية بموجب أحكام المادة 633 من القانون التنفيذي.

رقم مكالبتك: _____ (يجب تضمينه)

العنوان الجديد:

تاريخ الإشغال

الشارع

المدينة/البلدة الولاية الرمز البريدي

الهاتف: المتاح نهارًا الخلوي (في حالة تغييره)

التوقيع

يُرجى إعادة هذا النموذج عن طريق البريد أو الفاكس إلى:

يُرجى إرساله عبر الفاكس إلى الرقم (518) 485-8885 إلا إذا قام مكتب OVS بتزويدك برقم فاكس مختلف

NYS Office of Victim Services
AE Smith State Office Building
80 South Swan Street, 2nd floor
Albany, New York 12210



Office of
Victim Services