



Office of Victim Services

ANDREW M. CUOMO
Governatore

ELIZABETH CRONIN, ESQ.
Direttrice

MODULO PER CAMBIO DI INDIRIZZO

Lei ha presentato una domanda di risarcimento per vittime di reati. Desideriamo avere la certezza che sarà in grado di ricevere tutti i documenti che le invieremo e che il nostro personale avrà modo di contattarla in caso di necessità. In base al nostro regolamento interno, siamo tenuti a richiedere da parte sua l'invio di una comunicazione scritta per attestare eventuali variazioni del suo recapito, ad esempio dell'indirizzo o del numero di telefono.

Le chiediamo quindi di compilare questo modulo, inserendo le informazioni richieste qui di seguito, per darci la possibilità di essere aggiornati sulla sua situazione. Le suddette informazioni sono riservate, in conformità con le disposizioni della sezione 633 della Legge esecutiva (Executive Law).

Numero della domanda di risarcimento: _____ (deve includere)

Nuovo indirizzo:

Data dell'insediamento

Via

Città

Stato

Codice postale

(se diversi)

Telefono (orario diurno):

Numero di cellulare

FIRMA

Inviare il presente modulo per posta o via fax a:

**Fax al numero (518) 485-8885, a meno che l'Ufficio di assistenza alle vittime
(Office of Victim Services, OVS) non indichi un numero di fax diverso**

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

