



# Office of Victim Services

**ANDREW M. CUOMO**  
州长

**ELIZABETH CRONIN, ESQ.**  
主任

## 地址变更表

您已经提交犯罪受害者赔偿申请。我们希望确保您收到我们寄发的所有信函，并且如必要，我们的工作人员得以与您取得联系。我们的规定要求我们收到您的联系信息（如地址或电话号码）的书面变更通知。

我们要求您填写下列信息，以便于我们更新您的文件。根据《行政法》(Executive Law) 第 633 节的规定，此信息属于保密信息。

您的申请编号： \_\_\_\_\_ (必须包括)

新地址：

\_\_\_\_\_  
入住日期

\_\_\_\_\_  
街道

\_\_\_\_\_  
市/镇

\_\_\_\_\_  
州

\_\_\_\_\_  
邮编

(若已变更)

\_\_\_\_\_  
电话：日间

\_\_\_\_\_  
手机

\_\_\_\_\_  
签名

请通过邮寄或传真将本表返回至：

传真至 **(518) 485-8885** (除非受害者服务办公室 (Office of Victim Services , OVS) 向您提供不同的传真号)

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

