



STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
OLYMPIA, WASHINGTON 98504-0095

Retragerea din Audiere Administrativă Administrative Hearing Withdrawal

Data: _____

Numărul ID al clientului: _____

Nume: _____

Număr Dosar: _____

Adresa: _____

STRADA

ORAȘ

COD POȘTAL

Cer aici ca Audierea mea Administrativă care este programată la _____ pe _____, _____
ORA LUNA ȘI ZIUA ANUL

la _____ să fie retrasă deoarece:
COMMUNITY SERVICES OFFICE (CSO)

Dacă aveți întrebări, sunați la _____, Coordonatorul Audierei dvs. Administrative, la

Vă rugăm săsemnați și să returnați această cerere de retragere în plicul timbrat inclus cât se poate de repede.

SEMNĂTURA CLIENTULUI

NUMĂR TELEFON