



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

Відкликання адміністративного слухання Administrative Hearing Withdrawal

Дата: _____

Ідентифікатор клієнта: _____

Прізвище та ім'я: _____

Реєстраційний номер: _____

Адреса для листування: _____
ВУЛИЦЯ МІСТО ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Цим запитую, аби моє адміністративне слухання, заплановане на _____
ЧАС МІСЯЦЬ ТА ЧИСЛО РІК

у _____ було відкликано з таких причин:
БЮРО ОБСЛУГОВУВАННЯ ГРОМАДИ (CSO)

Якщо у вас є будь-які запитання, зателефонуйте _____, який(-а) є вашим координатором адміністративного слухання, за номером _____.

Підпишіть та поверніть цей запит на відкликання у конверті з оплаченою пересилкою, що додається, якомога скоріше.

ПІДПИС КЛІЄНТА

НОМЕР ТЕЛЕФОНУ