



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

**ការដកសវនាការរដ្ឋបាល**  
**Administrative Hearing Withdrawal**

កាលបរិច្ឆេទ ៖ \_\_\_\_\_

លេខ ID របស់អតិថិជន ៖ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ ៖ \_\_\_\_\_

លេខដុក្កិត (Docket #) ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ \_\_\_\_\_

ផ្លូវ/រថ

ក្រុង

លេខហ្សិតកូដ

តាមរយៈនេះ, ខ្ញុំសូមស្នើសុំថា សវនាការរដ្ឋបាលរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវប្រព្រឹត្តិទៅនៅថ្ងៃខែ \_\_\_\_\_ ក្នុង \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ ។

ម៉ោង

ខែ និងថ្ងៃ

ឆ្នាំ

នៅការិយាល័យ \_\_\_\_\_ ត្រូវដកចេញវិញ ពីព្រោះ ៖

ការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (COMMUNITY SERVICES OFFICE – CSO)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ, សូមទូរស័ព្ទទាក់ទង \_\_\_\_\_, អ្នកសម្របសម្រួលសវនាការរដ្ឋបាលរបស់អ្នក, តាមលេខ

\_\_\_\_\_ ។

សូមចុះហត្ថលេខា ហើយផ្ញើទម្រង់ស្នើសុំការដកសវនាការនេះមកវិញ ក្នុងរយៈពេលសំបុត្របិទតែម្យ៉ាងដែលបានភ្ជាប់ជូនមកក្នុងនេះ ឲ្យបានឆាប់រហ័សជាទីបំផុត។

---

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន

---

លេខទូរស័ព្ទ