



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

**Pagbawi ng Administratibong Pagdinig**  
**Administrative Hearing Withdrawal**

Petsa: \_\_\_\_\_

Numero ng ID ng Kliyente: \_\_\_\_\_

Pangalan: \_\_\_\_\_

Numero ng Docket: \_\_\_\_\_

Address ng Koreo: \_\_\_\_\_  
 KALYE LUNGSOD ZIP CODE

Hinihiling ko na ang aking nakatalaga na Administratibong Pagdinig sa \_\_\_\_\_ sa \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
 ORAS BUWAN AT ARAW TAON

sa \_\_\_\_\_ na maiurong dahil:  
 TANGGAPAN NG MGA SERBISYO SA KOMUNIDAD (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)

Kung mayroon kang anumang katanungan, mangyaring tawagan si \_\_\_\_\_, ang iyong Coordinator sa Administratibong Pagdinig, sa

\_\_\_\_\_.

Mangyaring lagdaan at ibalik ang kahilingan sa pag-urong na ito sa nakalakip na postage paid na sobre sa lalong madaling panahon.

\_\_\_\_\_ LAGDA NG KLIYENTE

\_\_\_\_\_ NUMERO NG TELEPONO