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

فرم لغوجلسه دادگاه ویژه

FAIR HEARING WITHDRAWAL

تاریخ: _____ شماره واحد مشاوره: _____

نام: _____ شماره پرونده: _____

_____

آدرس: _____
خیابان شهر زیپ کد

بدینوسیله از شما درخواست می کنم تا برنامه زمانی دادگاه ویژه برای _____ _____ _____.
زمان ماه و روز سال

در محل _____ به این دلیل لغو شود:
دفتر خدمات جامعه (CSO)

اگر سوالی دارید، لطفا با _____، که هماهنگ کننده دادگاه ویژه شماست به شماره

_____ تماس بگیرید.

لطفا این درخواست لغو برنامه را امضا کرده و آن را در اسرع وقت در پاکت نامه پستی که هزینه آن *پرداخت شده* قرار داده و به ما بر گردانید.

_____
امضاء مشتری

_____
شماره تلفن

DSHS 02-528 FA (REV. 04/1999)

(**COPIES TO:** Office of Administrative Hearings; Client; and Case Record) رونوشت به: دفتر مدیریت دادگاه ها؛ مشتری و دفتر ثبت پرونده