



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

SOLICITAÇÃO DE RETIRADA DE AUDIÊNCIA IMPARCIAL
FAIR HEARING WITHDRAWAL

Data: _____

Número da Unidade de Assistência: _____

Nome: _____

Número do Protocolo: _____

Endereço: _____
 RUA CIDADE CEP

Pelo presente, solicito que o agendamento de minha Audiência Imparcial para _____ em _____, _____.

em _____ seja retirada porque:
 SECRETARIA DE SERVIÇOS COMUNITÁRIOS (CSO)

Em caso de dúvidas, ligue para _____, o seu coordenador de Audiência Imparcial, em _____.

Por favor, assine e entregue esta solicitação de retirada no envelope com postagem paga em anexo assim que possível.

 ASSINATURA DO CLIENTE

 NÚMERO DE TELEFONE