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

ਫੇਅਰ ਹੀਅਰਿੰਗ ਵਿਦਡਰਾਅਲ

FAIR HEARING WITHDRAWAL

ਮਿਤੀ: _____ ਅਸਿਸਟੈਂਸ ਯੂਨਿਟ ਨੰਬਰ: _____

ਨਾਮ: _____ ਡਾੱਕੇਟ ਨੰਬਰ: _____

_____

ਪਤਾ: _____

ਸਟਰੀਟ ਸ਼ਹਿਰ ਜ਼ਿਪ ਕੋਡ

ਮੈਂ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਫੇਅਰ ਹੀਅਰਿੰਗ ਕਾਰਜਕ੍ਰਮ _____ ਲਈ _____ 'ਤੇ , _____

ਸਮਾਂ ਮਹੀਨਾ ਤੇ ਦਿਨ ਸਾਲ

_____ ਵਿਖੇ ਵਾਪਸ ਲਿਆ ਜਾਏ ਕਿਉਂਕਿ:

ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸਰਵੀਸਿਜ਼ ਆਫਿਸ (CSO)

ਜੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹੋਣ ਤਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ _____, ਤੁਹਾਡੇ ਫੇਅਰ ਹੀਅਰਿੰਗ ਕੋਆਰਡੀਨੇਟਰ, ਨੂੰ

_____ **ਨਬਰ ਤੇ** ਫੋਨ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਦਸਤਖਤ ਕਰੋ ਅਤੇ ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇ ਇਸ ਵਿਦਡਰਾਅਲ ਬੇਨਤੀ ਨੂੰ ਨੱਥੀ ਡਾਕਖਰਚਾ ਭਰੇ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿਚ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।

_____
ਗਾਹਕ ਦੇ ਦਸਤਖਤ

_____
ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ

COPIES TO: Office of Administrative Hearings; Client; and Case Record