



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

## Suspensión de Audiencia Administrativa Administrative Hearing Withdrawal

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de ID del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de expediente: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
 CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

Por la presente solicito que mi Audiencia Administrativa programada a la(s) \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

HORA MES Y DÍA AÑO

en \_\_\_\_\_ sea suspendida debido a:  
 OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO, por sus siglas en inglés)

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a \_\_\_\_\_, su Coordinador de Audiencia Administrativa, al

\_\_\_\_\_.

Por favor, firme y devuelva esta solicitud de suspensión en el sobre de franqueo pagado adjunto lo más pronto posible.

---

FIRMA DEL CLIENTE

---

NÚMERO DE TELÉFONO