



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

ការដកសវនាការរដ្ឋបាល
Administrative Hearing Withdrawal

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

លេខ ID របស់អតិថិជន ៖ _____

ឈ្មោះ ៖ _____

លេខដុក្កិត (Docket #) ៖ _____

អាសយដ្ឋានសំបុត្រ ៖ _____

ផ្លូវ/រថ

ក្រុង

លេខហ្សិបកូដ

តាមរយៈនេះ, ខ្ញុំសូមស្នើសុំថា សវនាការរដ្ឋបាលរបស់ខ្ញុំដែលត្រូវប្រព្រឹត្តិទៅនៅថ្ងៃខែ _____ ក្នុង _____ , _____ ។

ម៉ោង

ខែ និងថ្ងៃ

ឆ្នាំ

នៅការិយាល័យ _____ ត្រូវដកចេញវិញ ពីព្រោះ ៖

ការិយាល័យសេវាសហគមន៍ (COMMUNITY SERVICES OFFICE – CSO)

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ, សូមទូរស័ព្ទទាក់ទង _____, អ្នកសម្របសម្រួលសវនាការរដ្ឋបាលរបស់អ្នក, តាមលេខ

_____ ។

សូមចុះហត្ថលេខា ហើយផ្ញើទម្រង់ស្នើសុំការដកសវនាការនេះមកវិញ ក្នុងរយៈពេលសំបុត្របិទតែម្សៅដែលបានភ្ជាប់ជូនមកក្នុងនេះ ឲ្យបានឆាប់រហ័សជាទីបំផុត។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន

លេខទូរស័ព្ទ