



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

ການຖອນໃບຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຟັງເຮືອງຈາກອໍານາດການປົກຄອງ  
**Administrative Hearing Withdrawal**

ວັນທີ: \_\_\_\_\_ ເລກ ID ລູກຄ້າ: \_\_\_\_\_

ເລກ: \_\_\_\_\_ ເລກຄະດີສານ: \_\_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ໄປສະນີ: \_\_\_\_\_  
 ຖະນົນ ເມືອງ ຊື່ບໍລິເວນ

ຂ້ອຍໃນທີ່ນີ້ຮ້ອງຂໍໃຫ້ການຟັງເຮືອງຈາກການປົກຄອງຂອງຂ້ອຍຖືກນັດໃສ່ໃນ \_\_\_\_\_ ໃນ \_\_\_\_\_ ປີ.  
 ເວລາ ເດືອນແລະວັນ

ຢູ່ທີ່ \_\_\_\_\_ ຖືກຖອນຍ້ອນວ່າ:  
 ຫ້ອງການບໍລິການອຸມຸມຊົນ (CSO)

ຖ້າວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມແນວໃດ, ກະລຸນາໂທຫາ \_\_\_\_\_, ຜູ້ປະສານງານການຟັງເຮືອງຂອງທ່ານ, ໄດ້ທີ່

ກະນຸນາເຊັນຊີ ແລະ ສົ່ງກັບຄືນມາໃບຄໍາຮ້ອງຖອນໃບນີ້ໃສ່ໃນຊ່ອງເປົ່າທີ່ຈ່າຍສະເໝີແລ້ວຊຶ່ງຖືກຄັດມາພ້ອມນີ້ໂດຍໄວເທົ່າທີ່ຈະໄວໄດ້.

---

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ

---

ເລກໂທຣະສັບ