



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

അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഹിയറിങ് പിൻവലിക്കൽ
Administrative Hearing Withdrawal

തീയതി: _____ കക്ഷിയുടെ ഐഡി നമ്പർ: _____

പേര്: _____ കേസ് നമ്പർ: _____

തപാൽ വിലാസം: _____
 സ്‌ട്രീറ്റ് നഗരം സിപ്പി കോഡ്

_____ ന് പരിഗണിക്കാനിരിക്കുന്ന എന്റെ
 കമ്മ്യൂണിറ്റി സർവീസ് ഓഫീസ് (സി എസ് ഒ)

അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഹിയറിങ് പിൻവലിക്കാൻ ഞാൻ _____, _____, _____
 വർഷം മാസം തീയതി സമയം

ഇതിനാൽ അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. കാരണം:

നിങ്ങൾക്ക് എന്തെങ്കിലും ചോദ്യങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ, _____ ദയവായി നിങ്ങളുടെ അഡ്മിനിസ്ട്രേറ്റീവ് ഹിയറിങ്
 കോഓർഡിനേറ്ററെ ഇനി പറയുന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക

പിൻവലിക്കാനുള്ള ഈ അഭ്യർത്ഥന ഇതോടൊപ്പമുള്ള, തപാൽ നിരക്കുകൾ നൽകിയ കവറിൽ കഴിയുന്നതും വേഗം ദയവായി ഒപ്പിട്ട്
 തിരിച്ചയക്കുക.

_____ കക്ഷിയുടെ ഒപ്പ്

_____ ടെലിഫോൺ നമ്പർ