



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

**Отзыв запроса о проведении административного слушания**  
**Administrative Hearing Withdrawal**

Дата: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер клиента: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_

Номер в списке дел, назначенных к слушанию:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
 УЛИЦА ГОРОД ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Настоящим прошу отозвать мой запрос о проведении административного слушания, назначенного на

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .

ВРЕМЯ

МЕСЯЦ И ДАТА

ГОД

В \_\_\_\_\_ по следующей причине:  
 АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)

Со всеми вопросами обращайтесь к \_\_\_\_\_, Вашему координатору по проведению административных

слушаний, по тел

\_\_\_\_\_.

Подпишите эту просьбу об отзыве ранее поданного запроса и верните как можно скорее в прилагаемом конверте с оплаченным почтовым сбором.

---

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

---

НОМЕР ТЕЛЕФОНА