



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

Kujitoa kwenye Usikilizwaji Mkuu wa kesi
Administrative Hearing Withdrawal

Tarehe: _____

Nambari ya ID ya Mteja: _____

Jina: _____

Nambari ya Doketi: _____

Anwani ya Barua: _____
MTAA MJI MSIMBO WA POSTA

Nathibitisha hapa kuomba kwamba Usikilizwaji wangu wa kesi wa Kiidara ufanyike _____ mnamo _____, _____
MUDA TAREHE NA MWEZI MWAKA

mnamo _____ uondolewa kwa sababu:
OFISI YA HUDUMA ZA JAMIII (CSO)

Ikiwa una maswali yoyote, tafadhali mpigie _____, Mratibu wako wa Usikilizwaji wa kesi wa Kiidara, kwa nambari _____.

Tafadhali tia saini na rejesha ombi hili la kujitoa kwa bahasha ya posta iliyolipiwa ambayo imeambatanishwa haraka sana iwezekanavyo.

SAINI YA MTEJA

NAMBARI YA SIMU