



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

การถอนการพิจารณาคดีเกี่ยวกับการบริหาร
Administrative Hearing Withdrawal

วันที่: _____ หมายเลข ID ผู้รับบริการ: _____

ชื่อ: _____ หมายเลขรายการคดี: _____

ที่อยู่สำหรับส่งไปรษณีย์: _____
 ถนน เมือง รหัสไปรษณีย์

ข้าพเจ้าขอถอนการพิจารณาคดีเกี่ยวกับการบริหาร ที่กำหนดขึ้นเมื่อ _____ วันที่ _____ , _____
 เวลา เดือนและวัน ปี

ที่ _____ เนื่องจาก:
 สำนักงานบริการชุมชน (COMMUNITY SERVICES OFFICE หรือ CSO)

หากคุณมีคำถาม โปรดโทรหา _____ ผู้ประสานงานการพิจารณาคดีเกี่ยวกับการบริหารของคุณ ที่

โปรดลงลายมือชื่อแล้วส่งคำร้องขอการเพิกถอนนี้กลับโดยเร็วที่สุดโดยใช้ซองจดหมายที่ชำระค่าบริการแล้วที่แนบมานี้

ลายมือชื่อผู้รับบริการ

หมายเลขโทรศัพท์