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

የአስተዳደራዊ አቤቶታ መልቀቂያ
Administrative Hearing Withdrawal

ቀን: _____ የደንበኛው መታወቂያ ቁጥር: _____

ስም: _____ ችሎት ቁጥር: _____

_____

የፖስታ መላኪያ አድራሻ: _____
የመንገድ አድራሻ ከተማ የፖስታ ዚፕ ኮድ

የአስተዳደራዊ አቤቱታ መልቀቂያ በዚህ እንዲሆን እጠይቃለሁ _____ ላይ _____, _____.
ሳዓት ወር እና ቃን ዓበት

በ _____ይለቀቃል ምክንያቱም:
የማህበረሰብ አገልግሎቶች ጽ / ቤት (CSO)

ማንኛውንም ጥያቄ ቢኖሮት፣ እባክዎን በዚህ ይደውሉ _____, የአስተዳደራዊ አቤቱታ አስተባባሪዎ በ

_____.

በተቻለ መጠን በተከፈለበት ጥቅል ፖስት ውስጥ ያለውን የመልቀቂያ አቤቱታ ሞልተው በመፈረም ይመልሱ።

_____
የደንበኛ ፊርማ

_____
ስልክ ቁጥር

COPIES TO: Office of Administrative Hearings; Client; and Case Record