



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

د اداري اورېدني بيرته اخيسته
Administrative Hearing Withdrawal

نېټه: _____ د موکل د پېژندپاڼې شمېره: _____

نوم: _____ د حقوقي دعوو ثبتولو دفتر شمېره: _____

ډاکي ادرس: _____
کوڅه _____ ښار _____
زیپ شفر _____

زه د دې له لارې غوښتنه کوم چې زما اداري اورېدنه چې مهالوېش یې پر _____ د میاشت او ورځ _____ کال _____ وخت

پر _____ جوړ شوی دی باید بیرته واخيستل شي: _____
د ټولیزو خدمتو دفتر (CSO)

که چېرې تاسې کومې پوښتنې لرئ، مهرباني وکړئ _____، خپل د انتظامي اورېدني منتظم ته زنگ ووهئ پر _____.

مهرباني وکړئ د بیرته اخيستنې دا غوښتنه لاسلیک کړئ او د تادیه شوي پوستي ټیکټ سره درکړل شوي لفاڼه کې ژر تر ژره راولېږئ.

د موکل لاسلیک _____

تېلفوني شمېره _____