



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

د اداري اورېدني بيرته اخيستنه
Administrative Hearing Withdrawal

نېټه: _____ د موکل د پېژندپاڼې شمېره: _____

نوم: _____ د حقوقي دعوو ثبتولو دفتر شمېره: _____

ډاکي ادرس: _____
کوڅه _____ ښار _____ زيب شفر _____

زه د دې له لارې غوښتنه کوم چې زما اداري اورېدنه چې مهالوېش يې پر _____ د _____،
مياشت او ورځ _____ وخت _____ کال _____

پر _____ جوړ شوی دی بايد بيرته واخيستل شي:
د ټوليزو خدمتو دفتر (CSO)

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

مهرباني وکړئ د بيرته اخيستني دا غوښتنه لاسليک کړئ او د تاديه شوي پوستي ټيکټ سره درکړل شوي لفاڼه کې ژر تر ژره راولېږئ.

د موکل لاسليک _____

ټيلفوني شمېره _____