



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

ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸੁਣਵਾਈ ਵਾਪਸੀ
 Administrative Hearing Withdrawal

ਮਿਤੀ: _____ ਕਲਾਇੰਟ ਦਾ ਆਈਡੀ ਨੰਬਰ _____

ਨਾਮ: _____ ਡਾਕਟਰ ਨੰਬਰ: _____

ਡਾਕ ਪਤਾ: _____
 ਗਲੀ ਸਿਟੀ ਜਿਪ ਕੋਡ

ਮੈਂ ਇਹ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸੁਣਵਾਈ ਨਿਯਤ ਹੈ _____ ਤੇ _____ , _____
 ਸਮਾਂ ਮਾਰ ਅਤੇ ਦਿਨ ਵਰ੍ਹੇ

_____ ਤੇ, ਉਸਨੂੰ ਵਾਪਸ ਲਓ ਕਿਉਂਕਿ:
 ਕਮਿਊਨਿਟੀ ਸੇਵਾ ਦਫ਼ਤਰ (CSO)

ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਹਨ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ _____ ਤੇ, ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸੁਣਵਾਈ ਕੋਰਡੀਨੇਟਰ ਨੂੰ
 _____ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਜਿੰਨੀ ਛੇਤੀ ਸੰਭਵ ਹੋ ਇਸ ਵਾਪਸੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਨੱਥੀ ਪੋਸਟੇਜ ਪੇਡ ਲਿਫਾਫੇ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਕਰੋ।

_____ ਕਲਾਇੰਟ ਦੇ ਦਸਤਖ਼ਤ

_____ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ