



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

Отзыв запроса о проведении административного слушания
Administrative Hearing Withdrawal

Дата: _____

Идентификационный номер клиента: _____

Имя и фамилия: _____

Номер в списке дел, назначенных к слушанию:

Почтовый адрес: _____
 УЛИЦА ГОРОД ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Настоящим прошу отозвать мой запрос о проведении административного слушания, назначенного на

_____ , _____ .

ВРЕМЯ

МЕСЯЦ И ДАТА

ГОД

В _____ по следующей причине:
 АДРЕС ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)

Со всеми вопросами обращайтесь к _____, Вашему координатору по проведению административных

слушаний, по тел

_____.

Подпишите эту просьбу об отзыве ранее поданного запроса и верните как можно скорее в прилагаемом конверте с оплаченным почтовым сбором.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА

НОМЕР ТЕЛЕФОНА