



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

Otkazivanje administrativnog pretresa
Administrative Hearing Withdrawal

Datum: _____

ID broj klijenta: _____

Ime: _____

Broj sudskog rezimea
(Docket nr.): _____

Adresa za prijem pošte: _____
ULICA GRAD POŠTANSKI BROJ (ZIP CODE)

Ovim tražim da moj Administrativni pretres zakazan za _____ dana _____, _____
VREME MESEC I DAN GODINA

u _____ bude otkazan zbog:
KANCELARIJA JAVNIH USLUGA (COMMUNITY SERVICES OFFICE)

Ako imate bilo kakvih pitanja, pozovite _____, vašeg Koordinatora administrativnog pretresa, na

_____.

Potpišite i vratite ovaj zahtev za povlačenje što pre, u zatvorenom kovertu sa plaćenom poštarinom.

POTPIS KLIJENTA

BROJ TELEFONA