



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

**Kujitoa kwenye Usikilizwaji Mkuu wa kesi**  
**Administrative Hearing Withdrawal**

Tarehe: \_\_\_\_\_

Nambari ya ID ya Mteja: \_\_\_\_\_

Jina: \_\_\_\_\_

Nambari ya Doketi: \_\_\_\_\_

Anwani ya Barua: \_\_\_\_\_  
MTAA MJI MSIMBO WA POSTA

Nathibitisha hapa kuomba kwamba Usikilizwaji wangu wa kesi wa Kiidara ufanyike \_\_\_\_\_ mnamo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
MUDA TAREHE NA MWEZI MWAKA

mnamo \_\_\_\_\_ uondolewa kwa sababu:  
OFISI YA HUDUMA ZA JAMIII (CSO)

Ikiwa una maswali yoyote, tafadhali mpigie \_\_\_\_\_, Mratibu wako wa Usikilizwaji wa kesi wa Kiidara, kwa nambari \_\_\_\_\_.

Tafadhali tia saini na rejesha ombi hili la kujitoa kwa bahasha ya posta iliyolipiwa ambayo imeambatanishwa haraka sana iwezekanavyo.

\_\_\_\_\_  
SAINI YA MTEJA

\_\_\_\_\_  
NAMBARI YA SIMU