



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

Pagbawi ng Administratibong Pagdinig
Administrative Hearing Withdrawal

Petsa: _____

Numero ng ID ng Kliyente: _____

Pangalan: _____

Numero ng Docket: _____

Address ng Koreo: _____
 KALYE LUNGSOD ZIP CODE

Hinihiling ko na ang aking nakatalaga na Administratibong Pagdinig sa _____ sa _____, _____.
 ORAS BUWAN AT ARAW TAON

sa _____ na maiurong dahil:
 TANGGAPAN NG MGA SERBISYO SA KOMUNIDAD (COMMUNITY SERVICES OFFICE, CSO)

Kung mayroon kang anumang katanungan, mangyaring tawagan si _____, ang iyong Coordinator sa Administratibong Pagdinig, sa

_____.

Mangyaring lagdaan at ibalik ang kahilingan sa pag-urong na ito sa nakalakip na postage paid na sobre sa lalong madaling panahon.

_____ LAGDA NG KLIYENTE

_____ NUMERO NG TELEPONO