ESTADO DE WASHINGTON

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

OLYMPIA , WASHINGTON 98504-0095

PETICIÓN PARA RETIRAR SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

FAIR HEARING WITHDRAWAL

Fecha: _____ Número de Unidad de Asistencia: _____

Nombre: _____ Número en el Acta: ___|___|___|___|___|___|___|___

___|___|___|___|___|___|___|___

Dirección: _____
CALLE Y Nº CIUDAD CÓDIGO POSTAL

Por la presente solicito que mi Audiencia Imparcial fijada para la/s _____ el _____, 19 _____,
HORA MES Y DÍA

en _____ sea retirada porque:
OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Si tiene alguna pregunta por favor llame a _____ , su Coordinador de Audiencia Imparcial al

_____ .

Por favor firme y devuelva esta petición lo antes posible en el sobre prefranqueado adjunto.

_____
FIRMA DEL CLIENTE

_____
NÚMERO DE TELÉFONO