



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

Annulation d'audience administrative
Administrative Hearing Withdrawal

Date : _____

Numéro d'identifiant client : _____

Nom : _____

Numéro de bordereau : _____

Adresse postale : _____
 RUE VILLE CODE POSTAL

Je demande par la présente que mon audience administrative prévue à _____ le _____ , _____.
 HEURE MOIS ET JOUR ANNÉE

à _____ soit annulée pour la raison qui suit :
 BUREAU DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Si vous avez des questions, veuillez appeler au _____, votre coordinateur d'audience administrative au _____.

Veuillez signer et retourner le plus tôt possible cette demande d'annulation dans l'enveloppe préaffranchie incluse.

 SIGNATURE DU CLIENT

 NUMÉRO DE TÉLÉPHONE