



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

Suspensión de Audiencia Administrativa Administrative Hearing Withdrawal

Fecha: _____

Número de ID del cliente: _____

Nombre: _____

Número de expediente: _____

Dirección Postal: _____
 CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

Por la presente solicito que mi Audiencia Administrativa programada a la(s) _____ el _____ de _____.
 HORA MES Y DÍA AÑO

en _____ sea suspendida debido a:
 OFICINA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (CSO, por sus siglas en inglés)

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

Por favor, firme y devuelva esta solicitud de suspensión en el sobre de franqueo pagado adjunto lo más pronto posible.

 FIRMA DEL CLIENTE

 NÚMERO DE TELÉFONO