

第 1 步 - 填妥此表格。

A. 您的个人信息			
名	中间名缩写	姓	
地址	城市	州	邮政编码
个案当事人身份识别号码		日间电话号码 ()	
您在英语口语和读写方面是否需要协助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若是如此，您希望使用哪种语言（英语除外）？			
B. 请在下列空白处填写您提出听证请求的原因：			
C. 获授权代表			
<input type="checkbox"/> 如果某人将为您提 供 帮助，或者 在 行政听证过程 中 作您的代表， <input type="checkbox"/> 请勾选 此方 框。 此人可为 律师、朋友或家庭成员 <input type="checkbox"/> 请提供此人的联系信息：			
姓名		日间电话号码 ()	
地址	城市	州	邮政编码

第 2 步 - 请随附您接获的信函副本。

第 3 步 - 将此表格和信函副本寄送给我们。

请寄往：

CSD Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

或者

传真至：

1-888-338-7410