

Washington Apple Health 行政听证会撤销请求书

方法说明：如需撤销您的行政听证请求，请填写此表，签署日期姓名，并寄送给我们。您可向我们说明（非强制性要求）撤销听证请求书的原因。

您的个案情况			
Healthplanfinder 申请识别号码		DSHS 当事人身份识别号码	
备审案件表编号（在听证会通知函上）		今日日期	
名	中间名缩写	姓	
地址			
城市		州	邮政编码
电子邮件地址	日间电话号码 ()	听证请求书日期已归档	
您若有任何疑问，请致电州政府的行政听证协调员：			
姓名		电话号码	
撤销听证请求书的陈述，并签名			
请撤销/取消行政听证请求。			
签名：		日期：	
姓名（正楷填写）：			
获授权代表的相关情况（如适用）			

将此表寄送至 HCA：

- 放于邮资已付的信封中寄回；或
- 请寄往：HCA, P.O.Box 45531, Olympia, WA 98504；或
- 传真至：1-866-720-2892。

选填 - 撤销原因