

ПРОСЬБА ОБ АННУЛИРОВАНИИ ЗАЯВЛЕНИЯ

Я прошу аннулировать мое заявление датированное _____ на:

- Денежную помощь
- Талоны на питание
- Программу медицинской помощи (Medi-Cal/State-Run CMSP)

Причина: _____

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:

Вы решили аннулировать это заявление? ДА НЕТ

Кто-либо из работников округа посоветовал вам аннулировать эту анкету? ДА НЕТ

Я понимаю, что я могу подать новое заявление на помощь в любое время. Я также понимаю, что аннулируя данное заявление, я теряю права на слушание.

ВАШ ВОПРОС НЕ БУДЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ НА СЛУШАНИИ АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА. ОКРУГ ПРИШЛЕТ ВАМ ПИСЬМО, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЕ АННУЛИРОВАНИЕ ЗАЯВЛЕНИЯ ВАМИ.

ПОДПИСЬ ПРОСИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ ПРОСИТЕЛЯ	ДАТА
ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОКРУГА	ДАТА