

PETICION PARA RETIRAR UNA SOLICITUD

Deseo retirar mi solicitud con fecha de _____ para:

- Asistencia monetaria
- Estampillas para comida
- Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)/Programa de Servicios Médicos del Condado administrado por el estado (*State-Run CMSP*).

La razón es: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Usted decidió retirar esta solicitud? SI NO

¿Alguien del Condado le dijo que retirara esta solicitud? SI NO

Yo entiendo que en cualquier momento puedo volver a presentar otra solicitud. También entiendo que no tendré ningún derecho de apelación al retirar mi solicitud.

NO TENDRA UNA AUDIENCIA SI FIRMA ESTE FORMULARIO. EL CONDADO LE ENVIARA UNA CARTA NOTIFICANDOLE QUE SU PETICION HA SIDO RETIRADA.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA
REPRESENTANTE DEL CONDADO	FECHA