

	<p align="center">Департамент образования штата Мэриленд/Управление по уходу за детьми Программа пособий по уходу за детьми ХОДАТАЙСТВО ОБ ОТЗЫВЕ АПЕЛЛЯЦИОННОЙ ЖАЛОБЫ</p>	<p>Вернуть: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827</p>
--	---	---

Нам сообщили, что вы больше не желаете подавать апелляционную жалобу с целью объективного разбирательства в Управлении по административным слушаниям. Прежде чем мы сможем отозвать вашу апелляцию, нам необходимо получить подписанное заявление об отзыве апелляционной жалобы. Подпишите эту форму и отошлите ее по указанному адресу.

Раздел 1 Общие сведения	
Имя:	Фамилия:
Дата рождения:	Номер контактного телефона:
Номер социального страхования (SSN) (не обязательно):	

Раздел 2 Подпись	
Ставя свою подпись, я заявляю, что желаю отозвать свою апелляционную жалобу, поданную с целью объективного разбирательства в Управление по административным слушаниям.	
Подпись	Дата
<p align="center">Без подписи отказ от апелляционной жалобы не подлежит рассмотрению.</p>	