

	<p align="center">Departamento de Educación del Estado de Maryland/Oficina de Cuidado Infantil Programa de Becas de Cuidado Infantil PETICIÓN DE RETIRO DE RECURSO DE APELACIÓN</p>	<p>Devolver a: CCS Central 2 PO Box 346031 Bethesda, MD 20827</p>
--	--	---

Hemos recibido una notificación según la cual se nos informa de que usted ya no desea presentar un recurso de apelación para una nueva audiencia en la Oficina de Audiencias Administrativas. Se necesita una petición de retiro del recurso de apelación que esté firmada antes de que podamos retirar su recurso de apelación en audiencia. Firme este formulario y devuélvalo a la dirección detallada arriba.

Sección 1 Información general	
Nombre:	Apellidos:
Fecha de nacimiento:	Número telefónico de contacto:
Número de Seguridad Social (SSN) (Opcional):	

Sección 2 Firma	
Al firmar, declaro que deseo retirar mi recurso para obtener una nueva audiencia en la Oficina de Audiencias Administrativas.	
Firma	Fecha
<i>Esta petición de retiro de recurso de apelación no se procesará si el formulario no está firmado.</i>	