



Request for Withdrawal of Appeal (Solicitud para retirar apelación)

¿Para quién es la apelación?

Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	
Dirección postal			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de apelación

¿Qué programa apeló?

Marque los programas que se relacionen con su apelación:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adopción | <input type="checkbox"/> Abuso de adulto | <input type="checkbox"/> Atribución de recursos | <input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Abuso infantil | <input type="checkbox"/> Child Care Assistance
(Asistencia para guardería infantil) | <input type="checkbox"/> Manutención de menores | <input type="checkbox"/> Asistencia alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Cuidado tutelar | <input type="checkbox"/> Hawki | <input type="checkbox"/> Medicaid incluyendo exenciones | <input type="checkbox"/> PROMISE JOBS |
| <input type="checkbox"/> State Supplementary Assistance
(Asistencia estatal suplementaria) | Otro: _____ | | |

Deseo voluntariamente retirar mi Apelación y Solicitud de audiencia presentada ante el Iowa Department of Human Services.

Mi apelación fue presentada el o cercana al _____ (fecha).

Si tiene algún comentario, indíquelo a continuación:

Firma	Fecha
-------	-------

Envíe este formulario por correo postal, fax o correo electrónico a:

Department of Human Services, Appeals Section 5th Floor, Des Moines, Iowa 50319-0114
Fax: (515) 564-4044 Correo electrónico: appeals@dhs.state.ia.us