Iowa Department of Human Services

Request for Withdrawal of Appeal
(Solicitud de Retiro de Apelación)

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de Apelación:		

Program: (✓)

- ☐ Family Investment Program (Inversión familiar, FIP), Refugee Cash Assistance (Asistencia en efectivo para refugiados, RCA) o PROMISE JOBS
- ☐ Child Care Assistance (Asistencia de cuidado infantil)
- ☐ Food Assistance (Asistencia en alimentos)
- ☐ Medicaid o renuncia
- ☐ Atribución
- ☐ State Supplementary Assistance (Asistencia estatal complementaria)
- ☐ Child Support (Manutención de menores)
- ☐ Adopción o familia sustituta
- ☐ Otro (explicar):

Voluntariamente deseo retirar mi apelación y mi solicitud de audiencia ante el Iowa Department of Human Services.

Mi apelación se presentó el día o aproximadamente el _____ *(fecha).*

Comentarios adicionales si los hay:

Fecha	Firma

Distribución: Copia 1: Sección de apelaciones
Copia 2: Expediente del caso
Copia 3: Apelante