



STATE OF CONNECTICUT
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

W-535
(New 5/09)

Letter of Resolution

TO: Name: _____ Date: _____

Address: _____
Number Street City State Zip Code

RE: Administrative Hearing for: _____

Client ID: _____ Date of Hearing: _____

Caseworker: _____ Telephone Number: () _____

Region: _____

Dear M _____,

The following action has been taken by the Department:

If the action described above resolves the issue of the hearing to your satisfaction, please sign below and return in the enclosed self-addressed postage paid envelope to the Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105. You may also fax this form to 860- 424-5729.

Sincerely,

Pc: Administrative Hearings
Enc: SASE

WITHDRAWAL OF HEARING REQUEST

I hereby withdraw my hearing request. The above action resolves the issue for which I requested a hearing.

Your Signature: _____ Date: _____

Carta de Resolución

A: Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Número Calle Ciudad Estado Código Postal

Asunto: Audiencia administrativa para: _____

ID del cliente: _____ Fecha de audiencia: _____

Trabajador del caso: _____ Número de teléfono: (____) _____

Región: _____

Estimado(a) Sr(a) _____,

El Departamento ha emprendido la siguiente acción:

Si la acción descrita anteriormente resuelve el problema de la audiencia a su satisfacción, firme esta hoja y devuélvala en el sobre adjunto que ya tiene la dirección y el porte pagado a Office of Legal Counsel, Regulations, and Administrative Hearings, 55 Farmington Avenue, Hartford, CT 06105. También puede enviarla por fax al 860-424-5729.

Atentamente,

Pc: Audiencias administrativas
Anexo: SASE

RETIRO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA

Decido retirar mi solicitud de audiencia. La acción anterior resuelve el problema por el que solicite la audiencia.

Su firma: _____ Fecha: _____