



Date/Fecha
Appeal ID/Identificación de apelación:

Appellant's Name and Address:/Nombre y dirección del apelante:

Re: Confirmation of Verbal Request to Cancel Appeal

This letter is to acknowledge your telephone call on (date) in which you stated you no longer wished to pursue your request for a fair hearing.

If this information is not correct, and you do wish to have a fair hearing, please sign and date this letter and return it to the address below within 15 days from the date of this letter.

If I do not hear from you within 15 days from the date of this letter, I will consider your request for a fair hearing withdrawn.

Asunto: Confirmación de la solicitud oral de cancelar la apelación

Esta carta es para confirmar su llamada telefónica del (date) en la cual usted indicó que ya no desea tramitar su solicitud de una audiencia imparcial.

Si esta información no es correcta y desea tener una audiencia imparcial, por favor, firme y feche esta carta y devuélvala a la dirección que aparece a continuación dentro de 15 días a partir de la fecha de esta carta.

Si no recibo noticias tuyas dentro de 15 días a partir de la fecha de esta carta, consideraré retirada su solicitud de una audiencia imparcial.

Signature—Appellant/Firma del apelante

Telephone Number/Número telefónico
(include area code)/(con el código de área)

Date/Fecha

Send to/Enviar a:

**Hearings Administrator
Appeals Division
Texas Health and Human Services Commission
Mail Code W-613
P.O. Box 149030
Austin TX 78714-9030**