

**VIRGINIA MEDICAID MFAMIS SOLICITUD PARA APELACIÓN**  
**Formulario de Solicitud de Retiro**

Yo, \_\_\_\_\_, deseo retirar la apelación  
(imprimir nombre)  
de Medicaid que presente el \_\_\_\_\_ por la(s) razón(es) que declaró  
(fecha en que envió su solicitud de apelación)  
abajo:

\_\_\_\_\_  
Firma del apelante o de representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Relacion al apelante (representante autorizado, esposo, padre, etc.)

\_\_\_\_\_  
Fecha