 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

زما نوم       دی او زه Title یم د Agency په FaDSS پروګرام کې. مونږ په دې نژدى وخت کې ستاسو د کورنۍ لپاره د Referral Source څخه حواله ترلاسه کړه. په دې وخت کې، د FaDSS خدمتونو لپاره د انتظار لیست شتون لري. تاسو د انتظار په لیست کې ايښودل شوي یاست او کله چې مونږ د پروګرام لپاره ستاسو وړتیا/په شرايطو برابرتيا معلومولو وړ شو نو تاسو ته به خبر درکړل شي.

زه ستاسو د لاسرسي لپاره ځینې سیمه ایزې ټولنې سرچینې شاملوم پداسې حال کې چې تاسو د انتظار په لیست کې یاست. مونږ ستاسو د کورنۍ سره د FaDSS پروګرام کې کار کولو ته سترګې په لار یو او کله چې ستاسو نوم د انتظار لیست څخه ووځي نو مونږ به درسره تماس کې شو.

له تاسو مننه،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**د اپيل/استیناف خبرتیا:**

تاسو په FaDSS پروګرام کې شوې پریکړې (پریکړو) په وړاندې د اپیل/استیناف حق لرئ. اپیلونه/استینافونه د تلیفون له لارې یا د FaDSS ایالت پروګرام مدیر ته په لیکلي ډول ترسره کیدی شي:

**تلیفون:** 6459-343 (515)

**پوسته/ډاګ**: FaDSS State Program Manager (د FaDSS ایالت پروګرام مدیر)

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**بریښنالیک**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](برېښنالیک%20واستوئ:FaDSS@hhs.iowa.gov)