 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

د FaDSS پروګرام ستاسو د کورنۍ لپاره د Referral Source څخه په Dateیو حواله ترلاسه کړه. ستاسو د معلوماتو له بیاکتنې وروسته، مونږ معلومه کړه چې تاسو د FaDSS پروګرام لپاره د لومړني پروګرام وړتیا/په شرايطو برابرتيا معیارونه نه پوره کوئ. ستاسو حواله بنده شوې ده.

که چيرې ستاسو وضعیت بدل شي او تاسو په راتلونکي وخت کې د FaDSS خدمتونو ترلاسه کولو کې لیوالتیا/دلچسپي لرئ، مهرباني وکړئ له مونږ سره اړیکه نيولو کې مه زړه نازړه کيږئ.

په درنښت،

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](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)