 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

د وړتیا/په شرايطو برابرتيا بیاکتنې ترسره کولو وروسته، مونږ معلومه کړه چې تاسو د FaDSS پروګرام لپاره د وړتیا/په شرايطو برابرتيا دوامداره معیارونه نه پوره کوئ. تاسو ممکن د درې میاشتو اختیاري لیږد دوره پیل کړئ چې د دې پریکړې له نیټې څخه وروسته د میاشتې په لومړۍ ورځ پیل کیږي.

د لیږد د دریمې میاشتې په پای کې، تاسو به د FaDSS پروګرام څخه ووستل شئ. که چيرې ستاسو وضعیت بدل شي، تاسو کيدای شي غوښتنه وکړئ چې ستاسو د وړتیا/په شرايطو برابرتيا د لیږد دورې پای ته رسیدو دمخه بیاکتنه وشي.

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:** 343-6459(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)