 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

زه له تاسو سره اړیکه نیسم ځکه چې ما له تاسو سره د اړیکه نيولو توان نه درلود. مهرباني وکړئ خپل تر ټولو لومړۍ اسانتيا کې په دې Number باندې ماته زنګ ووهئ، ترڅو مونږ د کور لیدنه مهالویش کړو.

زه له تاسو څخه د اورېدو لپاره سترګې په لار یم،

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)