 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ዝተኸበርኹም HOH Name፣

. በጃኹም ደውሉለይ ኣብ Number ኣብ ዝጥዕመኩም እዋን፣ ስለዚ ናይ ገዛ ምብጻሕ መደብ ክንገብር።

Date ካብዚ ፕሮግራም ክትወጹ ኢኹም።

ኣኽብሮት፣

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**ናይ ይግባይ ምልክታ:**

ኣብ FaDSS ፕሮግራም ንዝግበሩ ዉሳነታት ይጋባይ ናይ ምሕታት መሰል ኣለኩም እዩ። እቲ ይግባይ ንስልኪ ወይክዓ ናብ FaDSS ክልል ሓላፊ ፕሮግራም ብምጽሓፍ ክግበር ይኽእል እዩ፡

**ስልኪ:** (515) 343-6459

**መልእኽቲ**: FaDSS ክልል ሓላፊ ፕሮግራም

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**ኢመይል**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)