 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

دا لیک تاسو ته د FaDSS پروګرام څخه د وتلو خبرتيا لپاره دی. تاسو ته به د راضي توب/اطمینان د یوې اختیاري بې نومه سروې د بشپړولو بلنه ترلاسه شي. د سروې ځوابونه به زمونږ سره د خدمتونو د ښه کولو دوام لپاره د مرستې لپاره وکارول شي.

ما د دې پروګرام په اوږدو کې ستاسو سره د کار کولو څخه ستاینه کړې ده او ستاسو لپاره د نیکمرغۍ هیله کوم.

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

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