 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

زما نوم       دی او زه Title یم د Agency په FaDSS پروګرام کې. که چيرې تاسو د FIP نغدي (پيسو) مرسته ترلاسه کوئ، تاسو د FaDSS خدمتونو ترلاسه کولو لپاره وړ/په شرايطو برابر یاست. تړل شوی یو بروشر دی چې ځینې هغه خدمتونه بیانوي چې مونږ یې وړاندې کوو.

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

له تاسو مننه،

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)