 

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](%D8%A8%D8%B1%DB%90%DA%9A%D9%86%D8%A7%D9%84%DB%8C%DA%A9%20%D9%88%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D9%88%D8%A6%3AFaDSS%40hhs.iowa.gov)