 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

ګرانه HOH Name،

زما نوم      دی او زه Title یم د Agency په FaDSS program کې.

زه غواړم چې ستاسو سره د Date په Time ستاسو په کور کې په Address ليدنه وکړم. که چيرې دا وخت ستاسو لپاره سم نه وي، مهرباني وکړئ ژر تر ژره ما سره اړیکه ونیسئ ترڅو بیا مهالویش کړم.

له تاسو مننه،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**د اپيل/استیناف خبرتیا:**

تاسو په FaDSS program 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)