 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

Mi nombre es       y soy Title del programa FaDSS de Agency. Recientemente recibimos una referencia para su familia de Referral Source. En este momento, hay una lista de espera para los servicios de FaDSS. Usted ha sido colocado en la lista de espera y se le notificará cuando podamos determinar su elegibilidad para el programa.

Le incluyo algunos recursos a los que puede acceder en su comunidad local mientras esté en la lista de espera. Esperamos trabajar con su familia en el Programa FaDSS y nos comunicaremos con usted cuando su nombre alcance el primer lugar de la lista de espera.

Gracias,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Aviso de apelación:**

Usted tiene derecho a apelar las decisiones tomadas en el programa FaDSS.   
Las apelaciones se pueden realizar por teléfono o por escrito a la Directora del Programa FaDSS del Estado:

**Teléfono:** (515) 343-6459

**Correo postal**: FaDSS State Program Manager

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

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