 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

El programa FaDSS recibió una referencia para su familia de Referral Source el Date. No he podido .

Por favor, llámeme al Number lo antes posible para que podamos hablar sobre el FaDSS con más detalle. Si Date, su referencia será cerrada.

Atte.

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)