 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

Después de realizar una revisión de su elegibilidad, hemos determinado que usted no cumple con los criterios iniciales de elegibilidad para el programa FaDSS. Puede comenzar un período de transición opcional de tres meses a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de esta decisión.

Al final del tercer mes de transición, usted será removido del programa de FaDSS.   
Si cambia su situación, puede solicitar que se revise nuevamente su elegibilidad antes de que finalice el período de transición.

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)