 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

Esta carta es para informarle que ha sido removido del programa FaDSS. Recibirá una invitación para completar una encuesta de satisfacción anónima y opcional.   
Las respuestas de la encuesta se utilizarán como ayuda para seguir mejorando nuestros servicios.

Le agradezco su participación en el programa y le deseo lo mejor para usted y   
su familia.

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)