 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

Mi nombre es       y soy Title del programa FaDSS de Agency. Si recibe asistencia en efectivo del FIP, usted es elegible para recibir servicios de FaDSS. Le adjunto un folleto que describe algunos de los servicios que ofrecemos.

Quedo a la espera de su respuesta.

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)