 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

Mi nombre es       y soy Title del programa FaDSS de Agency. .

Me gustaría reunirme con usted el Date a la(s) Time en su hogar en Address. Si esta hora no es conveniente para usted, comuníquese conmigo lo antes posible para reprogramarla.

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