 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

نام من       است و من به Title در برنامه FaDSS در Agency هستم. ما اخیراً از مرجع ارجاع برای خانواده شما معرفی نامهReferral Source. در حال حاضر، یک لیست انتظار برای خدمات FaDSS وجود دارد. شما در لیست انتظار قرار گرفته اید و به محض اینکه بتوانیم واجد شرایط بودن شما برای این برنامه را تعیین کنیم، به شما اطلاع داده خواهد شد.

من برخی از منابع جامعه محلی را برای دسترسی شما در مدت زمانی که در لیست انتظار هستید، اضافه می کنم. ما مشتاقانه منتظر همکاری با خانواده شما در برنامه FaDSS هستیم و وقتی نام شما از لیست انتظار خارج شد، با شما تماس خواهیم گرفت.

تشکر،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه اسیتناف خواهی:**

شما حق دارید نسبت به تصمیمات اتخاذ شده در برنامه FaDSS درخواست استیناف خواهی کنید. درخواست های استیناف خواهی می توانند از طریق تلیفون یا به صورت کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارسال شوند:

**تلیفون:** (515) 343-6459

**پست**: مدیر برنامه ایالتی FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)