 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Cher/Chère HOH Name,

Je m'appelle       et je suis un/une Title dans le cadre du programme FaDSS à Agency. Nous avons reçu une recommandation dernièrement pour votre famille de Referral Source. Actuellement, il y a une liste d'attente pour les services FaDSS. Vous avez été placé(e) sur la liste d'attente et serez informé(e) lorsque nous serons en mesure de déterminer votre éligibilité au programme.

J'ai inclus quelques ressources communautaires locales auxquelles vous pouvez accéder pendant que vous êtes sur la liste d'attente. Nous nous réjouissons de travailler avec votre famille dans le cadre du programme FaDSS et nous vous contacterons lorsque votre nom sera retiré de la liste d'attente.

Merci,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Avis d'appel :**

Vous avez le droit de faire appel de la (des) décision(s) prise(s) dans le cadre du programme FaDSS. Les appels peuvent être faits par téléphone ou par écrit au Gestionnaire de programme de l'État FaDSS :

**Téléphone :** (515) 343-6459

**Courrier** : Gestionnaire de programme de l'État FaDSS

 Lucas State Office Building, 3rd Floor

 321 E 12th St

 Des Moines, Iowa 50319

**E-mail** : FaDSS@hhs.iowa.gov