 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

السيد HOH Name،

تلقى FaDSS program إحالة لأسرتكم من Referral Source في Date. في ذلك الوقت، كنتم على قائمة الانتظار. وحاليًا، أصبحتم في مقدمة قائمة الانتظار، إلا أننا لم نتمكن .

نرجو منكم الاتصال بي على الرقم Number في أقرب فرصة ممكنة، لكي نتمكن من بحث تفاصيل البرنامج والخطوات اللاحقة. date فسيُحذف اسمكم من قائمة انتظار FaDSS program.

مع تحياتنا،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**إشعار بالاستئناف:**

نود إعلامكم بأن لديكم الحق في تقديم استئناف بشأن أي قرار (قرارات) صادرة في إطار FaDSS program. يمكن تقديم طلبات الاستئناف هاتفيًا أو كتابيًا إلى FaDSS State Program Manager (مدير برنامج FaDSS على مستوى الولاية):  
**الهاتف:** ‎(515) 343-6459  
**البريد**: FaDSS State Program Manager  
 Lucas State Office Building, 3rd Floor  
 321 E 12th St  
 Des Moines, Iowa 50319  
**البريد الإلكتروني**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)