 

Date

Family Name
Address
City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

برنامه FaDSS در تاریخ مذکور، از طرف Referral Source یک معرفی نامه برای Dateدریافت کرد. در آن وقت شما در لیست انتظار قرار داده شده بودید. وقتی اسم شما در صدر لیست انتظار قرار گرفت، یک مورد را انتخاب کنید.یعنی ارجاع شما بسته شده است.

اگر در آینده به دریافت خدمات FaDSS علاقه مند هستید، لطفاً بطور آزادانه با ما به تماس شوید.

با احترام،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی:**

شما حق دارید نسبت به تصمیمات اتخاذ شده در برنامه FaDSSدرخواست استیناف کنید. درخواست های استیناف خواهی را می توانید از طریق تلیفون یا بطور کتبیي به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارائه کن?ید:

**تلیفون**: (515) 343-6459

پوسټ: FaDSS State Program Manager

 Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

 Des Moines, Iowa 50319

 **ایمیل**::FaDSS@hhs.iowa.gov