 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

السيد HOH Name،

تلقى FaDSS program إحالة لأسرتكم من Referral Source في Date. لم أتمكن من .

يرجى الاتصال بي على الرقم Number في أقرب وقت ممكن، لكي نناقش FaDSS بتفصيل أكبر. إذا Date، فستُغلق إحالتكم.

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 (مدير برنامج FaDSS على مستوى الولاية)

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)