 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

اسم HOH گرامی،

برنامه FaDSS در Referral Sourceیک ارجاع برای خانواده شما از Date دریافت کرده است. من نتوانستم

لطفاً به زودترین فرصت با من با Number تماس بگیرید تا بتوانیم درباره FaDSS با جزئیات بیشتری صحبت کنیم. اگر الی Date با ما تماس نگیرید، ارجاع شما بسته خواهد شد.

با احترام،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی:**

شما حق استیناف خواهی در مورد تصامیم گرفته شده در برنامه FaDSS را دارید. 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