 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Cher/Chère HOH Name,

Le programme FaDSS a reçu une recommandation pour votre famille de Referral Source le Date. Je n'ai pas .

Appelez-moi au Number le plus tôt possible, afin que nous puissions discuter plus en détail du FaDSS. Si Date, votre recommandation sera fermée.

Cordialement,

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](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)