 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

برنامه FaDSS در تاریخ مذکور، از Referral Source، ارجاعی برای خانواده شما دریافت کرده است، Date ارجاعیک بخش را انتخاب کنید. 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 FaDSS درخواست استیناف خواهی بدهید. 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](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)