 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

برنامه FaDSS در Referral Source یک ارجاع برای خانواده شما از Date دریافت کرده است. پس از بررسی معلومات شما، ما تعیین کردیم که شما شرایط اولیه واجد شرایط بودن برای برنامه FaDSS را ندارید. ارجاع شما بسته شده است.

اگر وضعیت شما تغییر کرد و در آینده به دریافت خدمات FaDSS علاقه مند شدید، لطفاً بدون تردید با ما تماس بگیرید.

با احترام،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی:**

شما حق دارید نسبت به تصمیم(تصامیم) اتخاذشده در برنامه FaDSS استیناف خواهی کنید. استیناف خواهی ها می توانند به صورت تلیفونی یا کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارائه شوند:

**تلیفون:** (515) 343-6459

**پست**: FaDSS State Program Manager

 Lucas State Office Building, 3rd Floor

 321 E 12th St

 Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: FaDSS@hhs.iowa.gov