 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

السيد HOH Name،

بعد إجراء مراجعة للأهلية، قررنا أنكم لا تستوفون معايير الأهلية المستمرة لـ برنامج FaDSS. يمكنكم بدء فترة انتقالية اختيارية مدتها ثلاثة أشهر تبدأ في اليوم الأول من الشهر التالي لتاريخ هذا القرار.

في نهاية الشهر الثالث من الفترة الانتقالية، ستخرجون من برنامج FaDSS. إذا تغيرت ظروفكم، يمكنكم طلب إعادة مراجعة أهليتكم قبل نهاية الفترة الانتقالية.

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 برنامج FaDSS. يمكن تقديم طلبات الاستئناف هاتفيًا أو كتابيًا إلى 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.iow.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)