 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

اسم HOH گرامی،

پس از انجام بررسی واجد شرایط بودن، به این نتیجه رسیدیم که شما واجد شرایط ادامه ی شرایط لازم برای برنامه FaDSS نیستید. شما می توانید یک دوره انتقال سه ماهه اختیاری را از اولین روز ماه پس از تاریخ این تصمیم آغاز کنید.

در پایان ماه سوم دوره گذار، شما از برنامه برنامه FaDSSخارج خواهید شد. اگر وضعیت شما تغییر کند، می توانید درخواست دهید که مستحق بودن شما قبل از پایان دوره انتقالی دوباره بررسی شود.

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 استیاف خواهی کنید. درخواست های استیناف خواهی می توانند از طریق تلیفون یا به صورت کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارسال شوند:

**تلیفون:** 343-6459 (515)

**پست**: FaDSS مدیر برنامه ایالتی

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)