 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Cher/Chère HOH Name,

Après avoir examiné votre éligibilité, nous avons déterminé que vous ne remplissiez pas les critères d'éligibilité au FaDSS programme. Vous pouvez entamer une période de transition facultative de trois mois à compter du premier jour du mois suivant la date de la présente décision.

À la fin du troisième mois de transition, vous serez exclu(e) du FaDSS programme. Si votre situation change, vous pouvez demander que votre éligibilité soit réexaminée avant la fin de la période de transition.

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 FaDSS programme. 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)