 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Шановний (-на) HOH Name,

Провівши перевірку відповідності вимогам, ми визначили, що Ви не відповідаєте критеріям подальшої відповідності програмі "Розвиток сім'ї та самозабезпечення" (FaDSS). Ви можете розпочати додатковий тримісячний перехідний період, починаючи з першого дня місяця, наступного за датою цього рішення.

Наприкінці третього місяця переходу Ви вийдете з програми FaDSS. Якщо Ваша ситуація зміниться, Ви можете подати запит на повторну перевірку Вашої відповідності до закінчення перехідного періоду.

З повагою,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Примітка про апеляцію:**

Ви маєте право оскаржити рішення, прийняте (-ті) в програмі FaDSS. Апеляції можна подавати по телефону або письмово до керівника державної програми FaDSS:

**За телефоном:** (515) 343-6459

**Поштою :** Керівник державної програми FaDSS

 Lucas State Office Building, 3rd Floor

 321 E 12th St

 Des Moines, Iowa 50319

**За адресою електронної пошти:** FaDSS@hhs.iowa.gov