 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

السيد HOH Name،

أبعث إليك هذه الرسالة لأنني لم أتمكن من التواصل معك في الفترة الماضية. يرجى الاتصال بي على الرقم Number في أبكر وقت ممكن، حتى نحدد موعد زيارة منزلية.

أتطلع إلى تلقي ردك.

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 FaDSS program. يمكن تقديم طلبات الاستئناف هاتفيًا أو كتابيًا إلى Manager Program State FaDSS (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.iowa.gov