 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

من با شما تماس می گیرم چون نتوانستم همرای شما ارتباط برقرار کنم. لطفا در اولین فرصت با Number من تماس بگیرید تا بتوانیم برای بازدید از منزل شما وقت تعیین کنیم.

مشتاقانه منتظر شنیدن از شما هستم،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی**

شما حق دارید نسبت به تصمیمات اتخاذ شده در برنامه FaDSS درخواست استیناف خواهی کنید. درخواست های اسیتناف خواهی می توانند از طریق تلیفون یا به صورت کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارسال شوند:

**تلیفون:** (515) 343-6459

**پست**: FaDSS State Program Manager

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

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