 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Mpendwa HOH Name,

Ninawasiliana nawe kwa sababu sijaweza kuwasiliana nawe. Tafadhali nigipie simu kwa nambari Number wakati unaokufaa, ili turatibu ziara ya nyumbani.

Ninasubiri kwa hamu kusikia kutoka kwako,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Notisi ya Rufaa:**

Una haki ya kukata rufaa ya uamuzi uliotolewa katika programu ya FaDSS. Rufaa zinaweza kutolewa kwa njia ya simu au kwa maandishi kwa Meneja wa Programu ya Jimbo wa FaDSS:

**Simu:** (515) 343-6459

**Barua**: Meneja wa Programu ya Jimbo wa FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**Anwani ya Baruapepe**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)