 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

السيد HOH Name،

. يرجى الاتصال بي على الرقم Number في أقرب وقت لتحديد موعد زيارة منزلية.

 Date فستخرجون من البرنامج.

مع تحياتنا،

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 الاستئناف عبر الهاتف أو كتابيًا إلى FaDSS State Program Manager (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