 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

. لطفاً به زودترین فرصت با من از طریق Number ذیل به تماس شوید تا ما بتوانید ملاقات در خانه را برنامه ریزی نماییم.

 Date که از برنامه خارج خواهید شد.

با احترام،

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 استیناف خواهی می توانند از طریق تلیفون یا به صورت کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارسال گردد:

**تلیفون:** 6459-343 (515)

**پست**: مدیر برنامه ایالتی FaDSS

 Lucas State Office Building, 3rd Floor

 321 E 12th St

 Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: FaDSS@hhs.iowa.gov