 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Mpendwa HOH Name,

Tafadhali nipigie simu kwa nambari Number wakati unaokufaa, ili tuweze kuratibu ziara ya nyumbani.

 Tarehe utaondolewa kwenye programu.

Wako mwaminifu,

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