 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

السيد HOH Name،

يعلمكم هذا الإشعار بخروجكم من FaDSS برنامج. ستصلكم دعوة لإكمال استبيان اختياري لتقييم الرضى مجهول الهوية. سنستخدم إجابات الاستبيان التي تردنا في متابعة العمل على تحسين خدماتنا.

أقدّر الوقت الذي قضيته في العمل معكم خلال فترة هذا البرنامج وأتمنى لكم كل الخير.

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 برنامج. 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](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)