 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

HOH اسم گرامی،

منظور این نامه این است که به شما در مورد خروج تان از برنامه FaDSS اطلاع دهد. شما یک دعوتنامه را برای تکمیل نظرخواهی اختیاری رضایت دریافت خواهید کرد. از پاسخ های نظرخواهی برای کمک به ما در بهبود مستمر خدمات ما استفاده خواهد شد.

از همکاری با شما در طول این برنامه قدردانی می کنم و برایتان بهترین ها را آرزو می نمایم.

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:** (515) 343-6459

**پست**: مدیر برنامه ایالتی FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)