 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

Cher/Chère HOH Name,

Cette lettre a pour but de vous informer de votre retrait du programme FaDSS. Vous recevrez une invitation à répondre à une enquête de satisfaction anonyme et facultative. Les réponses à l'enquête seront utilisées pour nous aider à continuer   
à améliorer nos services.

J'ai aimé travailler avec vous tout au long de ce programme et je vous souhaite le meilleur.

Cordialement,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Avis d'appel :**

Vous avez le droit de faire appel de la (des) décision(s) prise(s) dans le cadre du programme FaDSS. Les appels peuvent être faits par téléphone ou par écrit au Gestionnaire de programme de l'État FaDSS :

**Téléphone :** (515) 343-6459

**Courrier** : Gestionnaire de programme de l'État FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**E-mail** : [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)