 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

Mpendwa HOH Name,

Barua hii ni ya kukufahamisha kuhusu kutoka kwako katika programu ya FaDSS. Utakuwa ukipokea mwaliko wa kukamilisha utafiti wa kuridhika usiokutambulisha usio wa lazima. Majibu ya utafiti yatatumiwa kutusaidia kuendelea kuboresha huduma zetu.

Ninashukuru kushirikiana nawe kipindi chote cha programu hii na ninakutakia kila   
la heri.

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, 3 rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**Anwani ya Baruapepe**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)