 

Date

Family Name
Address
City, State, ZIP

Шановний (-на) HOH Name,

Цим листом ми повідомляємо про Ваш вихід із програми "Розвиток сім'ї та самозабезпечення" (FaDSS). Ви отримаєте запрошення пройти необов’язкове анонімне опитування щодо задоволеності. Відповіді на опитування будуть використані, щоб допомогти нам продовжувати вдосконалювати наші послуги.

Я високо оцінюю роботу з Вами протягом цієї програми та бажаю Вам усього найкращого.

З повагою,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Примітка про апеляцію:**

Ви маєте право оскаржити рішення, прийняте (-ті) в програмі FaDSS. Апеляції можна подавати по телефону або письмово до керівника державної програми FaDSS:

**За телефоном:** (515) 343-6459

**Поштою**: Керівник державної програми FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**За адресою електронної пошти**: FaDSS@hhs.iowa.gov