 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

السيد HOH Name،

اسمي      وأنا Title في FaDSS program لدى Agency. أنتم مؤهلون لتلقي خدمات FaDSS إذا كنتم تستلمون بالفعل مساعدة FIP النقدية. يوجد كتيب مرفق يوضح لكم بعض الخدمات التي نوفرها.

أتطلع إلى سماع ردكم.

شكرًا لكم،

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 program. يمكن تقديم الاستئناف عبر الهاتف أو كتابيًا إلى 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)