 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

Cher/Chère HOH Name,

Je m'appelle       et je suis un(une) Title dans le cadre du programme FaDSS à Agency. Si vous bénéficiez de l'aide en espèces du FIP, vous pouvez bénéficier des services du FaDSS. Vous trouverez ci-joint une brochure décrivant certains de nos services.

J'espère avoir bientôt de vos nouvelles.

Merci,

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)