 

Date

Family Name
Address
City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

نام من       است و منTitle استم در FaDSS برنامه Agency. اگر کمک نقدی FIP دریافت می کنید، واجد شرایط دریافت خدمات FaDSS نیز هستید. یک بروشور که برخی از خدمات ارائه شده توسط ما را توضیح می دهد، ضمیمه شده است.

من منتظر خبری از شما هستم.

تشکر،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی:**

شما حق دارید نسبت به تصمیمات اتخاذ شده در برنامه FaDSS درخواست استیناف خواهی کنید. درخواست های استیناف خواهی را می توانید از طریق
**تلیفون:** یا بطور کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS
**ارسال** **کرد:** (515) 343-6459

**تلیفون:** مدیر برنامه ایالتی FaDSS ایمیل

 Lucas State Office Building, 3rd Floor
 321 E 12th St
 Des Moines, Iowa 50319
**ایمیل:** FaDSS@hhs.iowa.gov