 

Date

Family Name  
Address  
City, State, ZIP

Mpendwa HOH Name,

Jina langu ni       na mimi ni Title katika programu ya FaDSS hapa Agency. Ikiwa unapoka msaada wa pesa wa FIP, unastahiki kupokea huduma za FaDSS. Tumeambatisha brosha inayoainisha baadhi ya huduma tunazotoa.

Ninasubiri kwa hamu kusikia kutoka kwako.

Asante,

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, 3rd Floor  
 321 E 12th St  
 Des Moines, Iowa 50319  
**Anwani ya Baruapepe**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)