 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

السيد HOH Name،

اسمي      وأنا Title في FaDSS program لدى Agency.

.

أود مقابلتكم في Date الساعة Time في منزلكم الكائن في Address. إذا كان هذا الوقت غير مناسب لكم، فيرجى التواصل معي في أقرب وقت ممكن لإعادة تحديد الموعد.

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 طلبات الاستئناف هاتفيًا أو كتابيًا إلى FaDSS State Program Manager (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