 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

HOH Name گرامی،

نام من      است و من Title FaDSS program در Agency.

من می خواهم به Date در Time در خانه شما در Address ملاقات نمایم. اگر این زمان برای شما مناسب نیست، لطفاً در اسرع وقت برای تعیین وقت جدید با من تماس بگیرید.

تشکر،

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**اطلاعیه استیناف خواهی:**

شما حق دارید نسبت به تصمیم(تصامیم) اتخاذشده در FaDSS program استیناف خواهی کنید. امکان دارد استیناف خواهی‌ها به صورت تلیفونی یا کتبی به مدیر برنامه ایالتی FaDSS ارائه شوند:

**تلیفون:** (515) 343-6459

**پست**: مدیر برنامه ایالتی FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**ایمیل**: FaDSS@hhs.iowa.gov