 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Cher/chère HOH Name,

Je m'appelle      et je suis un/une Title dans le cadre du FaDSS program à Agency.

J'aimerais vous rencontrer le Date à Time chez vous à Address. Si cette heure ne vous convient pas, veuillez me contacter dès que possible pour fixer une autre date.

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 FaDSS program. 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)