 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Mpendwa HOH Name,

Jina langu ni      na mimi ni Title katika programu ya FaDSS kwenye Agency.

Ningependa kukutana nawe mnamo Tarehe saa Wakati nyumbani kwako Anwani. Ikiwa saa hizi hazikufai, tafadhali wasiliana nami haraka iwezekanavyo kupanga upya.

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 wa Jimbo wa FaDSS.

**Simu:** (515) 343-6459

**Barua**: Meneja wa Programu wa Jimbo wa FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**Anwani ya Baruapepe**: FaDSS@hhs.iowa.gov