 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Шановний (-на) HOH Name,

Мене звати      , і я Title в програмі "Розвиток сім'ї та самозабезпечення" (FaDSS) вAgency.

Я б хотів (хотіла) зустрітися з Вами Date в Time у Вaс вдома за адресою. Якщо цей час Вам не підходить, зв’яжіться зі мною якнайшвидше, щоб перенести час.

Дякую,

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Примітка про апеляцію:**

Ви маєте право оскаржити рішення, прийняте (-ті) в програмі FaDSS. Апеляції можна подавати по телефону або письмово до керівника державної програми FaDSS:

**По телефону:** (515) 343-6459

**Поштою**: Керівник державної програми FaDSS

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**За електронною адресою**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)