



W-1024FLS
(Rev. 03/18)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales
Spend-down FastLink

(Cover Sheet)

ID del caso: _____
ID de Cliente: _____

Esta dirección
debe verse en
la ventana del
sobre que se
retorna.



DSS Scanning Center
P.O. BOX 1320
Manchester, CT 06045-9968

Usted está recibiendo este “FastLink Reducción de Gastos” porque usted está en un plan médico de reducción de gastos. Usted tiene que devolverlo con prueba de sus gastos médicos.

IMPORTANTE: USTED TIENE QUE LLENAR ESTA HOJA CON PRUEBA DE SUS GASTOS MÉDICOS SOLAMENTE. SI NO DEVUELVE ESTA HOJA CON SUS GASTOS MÉDICOS, PUEDE RESULTAR EN UN ATRAZO PARA ESTE SERVICIO.

Nombre: _____

Apellido: _____

ID de caso: _____

ID del Cliente: _____

Complete la información que aparece debajo.

Fecha: ___ / ___ / ___

Número de Páginas que estoy enviando de vuelta (incluyendo esta

hoja de cubierta): ___

Doble esta hoja de cubierta de manera que la dirección de devolución (arriba) se vea a través de la ventana para la dirección de retorno.

Nota: Por favor envíe por correos o fotocopias de sus documentos. **NO ENVIE** por correos ni mande documentos originales.

¿Preguntas? Visita <https://connect.ct.gov/> o por favor llame al Centro de Beneficios del DSS at 1-855-626-6632 para obtener ayuda.

