



**PROGRAMA DE  
TARIFA REDUCIDA  
EN EL AUTOBÚS**

## SOLICITUD PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD O PERSONAS DISCAPACITADAS DE BAJOS INGRESOS

**\*\* Tenga en cuenta:** Para ser elegible para el pase de autobús con exención de tarifa, usted DEBE ser residente de Rhode Island y brindar un comprobante de su condición de bajos ingresos, *ADEMÁS DE* un comprobante de su condición de persona de la tercera edad o discapacitada. Si no tiene bajos ingresos, pero es elegible por ser una persona de la tercera edad o discapacitada, complete el formulario de solicitud para personas de la tercera edad o personas discapacitadas.\*\*

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ del  
segundo  
nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**1. Comprobante de condición de bajos ingresos (requerido):**

Para ser elegible para el Programa de Tarifa de Autobús Reducida de la Autoridad de Transporte Público de Rhode Island (RIPTA, Rhode Island Public Transportation Authority) (el Programa), sus ingresos totales no deben superar el 200 % del nivel federal de pobreza. El comprobante de ingresos puede ser: **(1)** transcripción de cuenta fiscal del Servicio de Impuestos Interno (IRS, Internal Revenue Service) (del año más reciente; consulte a continuación para ver las instrucciones para obtener una transcripción fiscal); **(2)** una carta de otorgamiento de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income); **(3)** una carta de notificación de elegibilidad para Medicaid (del año más reciente) o una copia de la tarjeta de Medicaid (emitida dentro del año anterior); **(4)** comprobante de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program); o **(5)** una notificación de la verificación del ingreso suplementario de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island. Consulte a continuación para conocer los umbrales del nivel de pobreza federal.

*Pautas sobre pobreza de 2026 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia*

Personas de la familia/el hogar	Pauta sobre pobreza	200 % de la pauta sobre pobreza
1	\$15,960	\$31,920
2	\$21,640	\$43,280
3	\$27,320	\$54,640
4	\$33,000	\$66,000
5	\$38,680	\$77,360
6	\$44,360	\$88,720
7	\$50,040	\$100,080
8	\$55,720	\$111,440

Cómo obtener una transcripción de cuenta fiscal del IRS de forma gratuita: La transcripción de cuenta fiscal gratuita brinda información básica, como el estado civil, el tipo de declaración presentada, el ingreso bruto ajustado y el ingreso imponible.

**Reúna su información:**

- N.º de Seguro Social
- Dirección
- Fecha de nacimiento
- Código postal

**Obtenga su transcripción:**

De acuerdo con el IRS, la forma más fácil y rápida de obtenerla es por teléfono o en línea. Visite [www.irs.gov](http://www.irs.gov)  
O llame al 800- 908-9946

**Oficinas del IRS:** Si considera que debe presentarse a una oficina del IRS, tenga en cuenta que las sedes de Rhode Island solo atienden con cita previa. Para programar una cita, llame al 1-844-545-5640.

- 380 Westminster Street, Providence/De lunes a viernes, de 8:30 a. m a 4:30 p. m.
- 60 Quaker Lane, Warwick /De lunes a viernes, de 9:00 a. m a 4:30 p. m. (cerrado para almorzar de 1:00 p. m. a 2:00 p. m.)

**2. Verificación de la condición de persona de la tercera edad O de persona discapacitada (solo se requiere uno):**

**a. Condición de persona de la tercera edad:** Para ser elegible para el programa en función de su edad, debe presentar uno de los siguientes comprobantes:

- Tarjeta de Medicare
- Licencia de conducir de R.I.
- Pasaporte
- Tarjeta de id. del estado de R.I.
- Tarjeta verde/documentos de ciudadanía

**b. Condición de persona discapacitada:** Para ser elegible para el programa en función de su discapacidad, debe presentar una verificación por escrito de su discapacidad con esta solicitud. Dicha verificación puede ser un comprobante del otorgamiento de algún beneficio por discapacidad de los siguientes:

- Seguro por Incapacidad del Seguro Social
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, SSDI, Social Security Disability Insurance) Supplemental Security Income)
- Discapacidad de la Administración de Veteranos (VAD, Veterans Administration Disability), con una calificación de discapacidad del 40 % o más

Si *no* recibe ninguno de estos beneficios por incapacidad, la verificación de su incapacidad debe provenir de un profesional calificado con conocimiento de primera mano de su discapacidad, que debe comprobar mediante un **formulario de declaración jurada médica, que se acompaña a la presente.**

A los fines de este programa, una discapacidad que califique debe enmarcarse en alguna de las siguientes categorías:

1. Una discapacidad que lo haya hecho elegible para los beneficios del SSDI, la SSI o la VAD.
2. Una enfermedad que le impida llevar a cabo un trabajo sustancial y lucrativo debido a un impedimento físico o mental, que un profesional médico prevea que provocará la muerte o se prolongará por 12 meses como mínimo.
3. Una enfermedad de desarrollo crónica grave, que pueda atribuirse a un impedimento mental o físico que comenzó antes de la adultez, que es probable que continúe de forma indefinida y que provoque limitaciones funcionales sustanciales en las áreas de la movilidad, el lenguaje, el aprendizaje o el comportamiento.

**3. Comprobante de identidad (requerido):**

Presente una fotocopia clara de una identificación válida con fotografía actual. Se debe proporcionar uno de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir de R.I.     Pasaporte     Tarjeta de id. del estado de R.I.

**Firma:**

Por medio de la presente, testifico que la información provista con esta solicitud es verdadera. Autorizo a la RIPTA a tomar cualquier medida para verificar dicha información, según lo considere necesario. Comprendo que, si alguna declaración realizada en este formulario de solicitud es falsa o imprecisa, o si se falsificó alguno de los documentos adjuntos, perderé los privilegios otorgados por el Programa de Pases de Autobús con Tarifa Reducida y estaré sujeto a acciones penales por fraude de acuerdo con la legislación estatal de Rhode Island.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN JURADA MÉDICA SOBRE LA DISCAPACIDAD Solicitud del Programa de Pases de Autobús con Tarifa Reducida

El abajo firmante certifica lo siguiente:

1 Soy:

- médico certificado, especialista en el área de \_\_\_\_\_
- psicólogo certificado
- enfermero psiquiátrico certificado especialista en clínica
- enfermero profesional con experiencia en el área de \_\_\_\_\_
- trabajador social con licencia con experiencia en el área de \_\_\_\_\_

2. El solicitante, \_\_\_\_\_, se encuentra actualmente bajo mi cuidado continuo.

Nombre, segundo nombre, apellido y  
fecha de nacimiento

3. Tengo conocimiento de primera mano del solicitante y de su condición de discapacidad, y, con base en mi evaluación médica, tratamiento continuo y la revisión de la solicitud de RIPTA para personas con discapacidad, certifico que este solicitante tiene una discapacidad que lo hace elegible para el Programa de Pases de Autobús con Tarifa Reducida de RIPTA.

Firmado, bajo pena de perjurio:

\_\_\_\_\_  
Firma del clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número y tipo de licencia

\_\_\_\_\_  
Dirección del consultorio

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del consultorio