



残障人士申请

姓氏 _____ 名字 _____ 中间名首字母 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

出生日期 _____ 电话号码 _____ 社会安全号码 (SSN) 的后 4 位数字: _____

残障证明

为满足罗德岛公共交通管理局 (RIPTA) 半价公交卡计划的残障资格, 您必须向 RIPTA 提交以下任一材料: (1) 一张带有残障编码的 Medicare 卡; (2) 一份社会安全生活补助金 (SSI) 或社会安全残障保险金 (SSDI) 裁定信函; (3) 以附件形式添加到此申请中的残障证明文件, 残障证明必须由普罗维登斯中心完成填写 (普罗维登斯中心地址: 530 North Main Street, Providence, RI 02904, 电话: (401) 528-0110) 或 (5) 美国退伍军人事务部对残障评定为 40% 或以上的证明信。

身份证明 (必需):

请附加一份清晰的身份证件 (有效、带有近期照片) 影印本。必须提供以下任一材料:

驾驶执照 护照 州身份证

美国退伍军人管理局身份证

签名:

我特此证明, 此申请中所提供的信息是真实的, 我授权 RIPTA 必要时进行核实。我了解, 如果此申请表中的任何陈述是虚假或错误的, 或者如果任何附件是伪造的, 我将失去半价公交卡计划授予的特权, 并依照罗德岛州法律接受因欺诈引起的刑事诉讼。

签名: _____

日期: _____

印刷体姓名: _____

残障证明

日期_____

罗德岛公共交通管理局
收件人: Customer Service Manager
705 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907

回复: 残障证明相关人:

个人的印刷体姓名

出生日期: _____ SSN 的后 4 位数字: _____

此书信证明, 基于我的专业知识和评估, 上述指定的个人患有残障, 符合社会安全残障保险金 ("SSDI") 或社会安全生活补助金 ("SSI") 的资格, 此残障标准由社会安全局定义。

我了解, RIPTA 可能会核实此证明。可通过以下电话号码 _____ 和电子邮件地址 _____ 联系我。

此致,

[印刷体姓名]