



ពាក្យសុំសម្រាប់ជនពិការ

គោត្តនាម _____ នាមខ្លួន _____ នាមកណ្តាល _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ _____

ទីក្រុង _____ រដ្ឋ _____ លេខប្រៃសណីយ៍ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ លេខទូរសព្ទ _____ លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN: _____

ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីពិការភាព៖

ដើម្បីបញ្ជាក់លក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់ជាជនពិការសម្រាប់គោលបំណងនៃកម្មវិធីប័ណ្ណជិះរថយន្តក្រុងដែលបញ្ចុះតម្លៃ (Reduced Fare Bus Pass Program) របស់ RIPTA អ្នកត្រូវផ្តល់ជូន RIPTA នូវឯកសារណាមួយដូចតទៅ៖ (1) ប័ណ្ណ Medicare ដែលមានលេខកូដពិការភាព; (2) SSI ឬ លិខិតផ្តល់ SSDI (SSDI Award Letter); (3) ឯកសារជាទម្រង់លិខិតបញ្ជាក់ពិការភាព (Certification of Disability) ភ្ជាប់ជាមួយនឹងពាក្យសុំនេះ ដែល លិខិតបញ្ជាក់ពិការភាព ត្រូវតែបំពេញដោយមជ្ឈមណ្ឌល Providence (មជ្ឈមណ្ឌល Providence មានទីតាំងស្ថិតនៅ 530 North Main Street, Providence, RI 02904, ទូរសព្ទ៖ (401) 528-0110) ឬ (5) លិខិតចេញដោយក្រសួងកិច្ចការអតីតយុទ្ធជនរបស់សហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Department of Veterans Affairs) ដែលមានកម្រិតពិការភាពនៅត្រឹម ឬលើសពី 40%។

ភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីអត្តសញ្ញាណ (ចាំបាច់)៖

សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងដែលច្បាស់មួយនៃប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនដែលមានរូបថតបច្ចុប្បន្ន និងមានសុពលភាព។ ឯកសារមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោមនេះត្រូវតែផ្តល់ជូន៖

- ប័ណ្ណបើកបរ លិខិតឆ្លងដែន អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរដ្ឋ
- ប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់រដ្ឋបាលអតីតយុទ្ធជន

ហត្ថលេខា៖

ខ្ញុំសូមអះអាងថា ព័ត៌មានដែលផ្តល់ជូននៅក្នុងពាក្យសុំនេះ គឺពិតប្រាកដ ហើយខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ RIPTA ធ្វើការផ្ទៀងផ្ទាត់ដែលចាំបាច់។ ខ្ញុំដឹងថា ប្រសិនបើសេចក្តីថ្លែងណាមួយដែលធ្វើឡើងនៅក្នុងពាក្យសុំនេះមិនពិត ឬគ្មានសុក្រិតភាព ឬប្រសិនបើឯកសារភ្ជាប់ណាមួយត្រូវបានក្លែងបន្លំនោះ ខ្ញុំនឹងបាត់បង់បុព្វសិទ្ធិនានាដែលបានផ្តល់ឱ្យដោយកម្មវិធីប័ណ្ណជិះរថយន្តក្រុងដែលបញ្ចុះតម្លៃ ហើយត្រូវប្រឈមមុខនឹងការកាត់ទោសព្រហ្មទណ្ឌសម្រាប់ការក្លែងបន្លំ ដោយអនុលោមទៅតាមច្បាប់រដ្ឋ Rhode Island។

ហត្ថលេខា៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ឈ្មោះអក្សរពុម្ព៖ _____

លិខិតបញ្ជាក់ពិការភាព

កាលបរិច្ឆេទ _____

អាជ្ញាធរដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ: Rhode Island (The Rhode Island Public Transit Authority)

ជូនចំពោះ: ប្រធានផ្នែកសេវាអតិថិជន (Customer Service Manager)

705 Elmwood Avenue

Providence, RI 02907

កម្មវត្ថុ: លិខិតបញ្ជាក់ពិការភាពសម្រាប់:

ឈ្មោះ: អ្នកបញ្ជាក់ប្រាក់ប្រចាំខ្លួន

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ លេខ 4 ខ្ទង់ចុងក្រោយនៃ SSN: _____

ដោយផ្អែកលើឯកទេស និងការវាយតម្លៃរបស់ខ្ញុំ លិខិតនេះ បញ្ជាក់ថាបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើមានពិការភាពដែលធ្វើឱ្យគាត់មានលក្ខណៈគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់អត្ថប្រយោជន៍ធានារ៉ាប់រងពិការភាពសន្តិសុខសង្គម (Social Security Disability Insurance benefits, "SSDI") ឬចំណូលសន្តិសុខបន្ថែម (Supplemental Security Income, "SSI") ទៅតាមលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យសម្រាប់ពិការភាពដែលត្រូវបានកំណត់ដោយរដ្ឋបាលសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration) ។

ខ្ញុំដឹងថា RIPTA អាចនឹងផ្ទៀងផ្ទាត់ការបញ្ជាក់នេះ។ គេអាចទំនាក់ទំនងខ្ញុំបានតាមរយៈលេខទូរស័ព្ទខាងក្រោម
_____ និងអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល _____ ។

ដោយក្តីគោរពរាប់អានអំពីខ្ញុំ!

[ឈ្មោះ: អ្នកបញ្ជាក់ប្រាក់ប្រចាំខ្លួន]