



ໃບຄໍາຮ້ອງສໍາລັບຜູ້ພັການ

ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ທີ່ຢູ່ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____ ເລກ SSN 4 ຕົວສຸດທ້າຍ: _____

ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ
ເພື່ອໃຫ້ມີຕົວຢ່າງໃນຂໍ້ຕົວຢ່າງຕາມຄວາມພິການຕາມຈຸດປະສົງຂອງໂຄງການ
ບັດຂີ່ລົດເມລາຄາຜ່ອນ ທ່ານຕ້ອງຢັ້ງຢືນເອກະສານໃດໜຶ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ຫາທາງ RIPTA
ຄື: (1) ບັດ Medicare ທີ່ມີລະຫັດຄວາມພິການ; (2) ໜັງສືອະນຸມັດໃຫ້ SSI ຫຼື SSDI;
(3) ເອກະສານຢັ້ງຢືນໃນຮູບແບບການຢັ້ງຢືນຄວາມພິການຕິດຂໍ້ມາພ້ອມກັບໃບຄໍາຮ້ອງ
ນີ້, ເຊິ່ງການຢັ້ງຢືນຄວາມພິການຕ້ອງປະກອບໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍທາງສູນ Providence
Center (Providence Center ຕັ້ງຢູ່ທີ່ 530 North Main Street, Providence, RI 02904, ໂທ:
(401) 528-0110) ຫຼື (5) ໜັງສືຈາກກະຊວງນັກຮົບເກີດຂຶ້ນຂອງສະຫະລັດ (U.S. Department of
Veterans Affairs) ທີ່ມີການຈັດອັນດັບຄວາມພິການຢູ່ທີ່ ຫຼື ຕາມ 40%.

ຫຼັກຖານຢັ້ງຢືນຕົວຕົນ (ຈໍາເປັນຕ້ອງມີ):
ກະລຸນາອັດຕະໂນໃບສໍາເນົາບັດປະຈຳຕົວ (ID) ທີ່ມີຮູບໃນປະຈຸບັນນໍາໃຊ້ໄດ້, ແຈ້ງຕົວ
ໃສ່. ຈະຕ້ອງໄດ້ປະກອບເອກະສານຕໍ່ໄປນີ້ ອັນໃດອັນໜຶ່ງມາຄື:

- ໃບອະນຸຍາດຂັບຂີ່ ໜັງສືຜ່ານແດນ ບັດປະຈຳຕົວ (ID) ຂອງລັດ
- ບັດປະຈຳຕົວ (ID) ຄຸ້ມຄອງນັກຮົບເກີດຂຶ້ນ

ລາຍເຊັນ:
ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງຢືນຢູ່ໃນທີ່ນີ້ວ່າ ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ປະກອບຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງ
ນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ, ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ສິດ RIPTA ທໍາການກວດສອບຄວາມຖືກ
ຕ້ອງຕາມຄວາມຈໍາເປັນໄດ້. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ ຖ້າຄໍາໃຫ້ການໃດໜຶ່ງທີ່ມີ
ຢູ່ໃນໃບຄໍາຮ້ອງນີ້ ເປັນຂໍ້ມູນບໍ່ຮັບຮອງ, ຫຼື ຖືກຕ້ອງ, ຫຼື ຖ້າເອກະສານອັດຕະໂນ
ໃດໜຶ່ງມີການປອມແປງ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະເສຍສິດໄດ້ຮັບໂຄງການບັດຂີ່ລົດເມລາຄາ
ຜ່ອນ ແລະ ຈະໄດ້ຮັບການດໍາເນີນຄະດີທາງອາຍາຕໍ່ການສໍ້ໂກງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດເກາະ
ຮອດ.

ລາຍເຊັນ: _____ ວັນທີ: _____

ຊື່ແຈ້ງ: _____

ການຢັ້ງຢືນຄວາມພິການ

ວັນທີ _____

ອົງການຂົນສົ່ງສາທາລະນະເກາະຮອດ
ສົ່ງເຖິງ: Customer Service Manager (ຜູ້ຈັດການບໍລິການລູກຄ້າ)
705 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907

ເລື່ອງ: ການຢັ້ງຢືນຄວາມພິການສຳລັບ:

_____ ຊື່ ແຈ້ງຂອງບຸກຄົນ

ວັນເດືອນປີເກີດ: _____ ໝາຍເລກ SSN 4 ຕົວສຸດທ້າຍ: _____

ອີງໃສ່ຄວາມຮູ້ຄວາມສາມາດ ແລະ ການປະເມີນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ໜັງສືສະບັບ
ນີ້ຢັ້ງຢືນວ່າບຸກຄົນທີ່ມີຊື່ຂ້າງເທິງມີຄວາມພິການທີ່ເຮັດໃຫ້ຜູ້
ກ່ຽວຂ້ອງອື່ນໄດ້ຮັບຮູບແບບຮັບປະກັນໄພຄວາມພິການປະກັນສັງຄົມ
("SSDI") ຫຼື ລາຍໄດ້ປະກັນສັງຄົມ ("SSI"), ມາດຖານຄວາມພິການດັ່ງກ່າວແມ່ນທາງ
ອົງການປະກັນສັງຄົມກຳນົດໃຫ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຈວ່າທາງ RIPTA ອາດຈະກວດສອບຄວາມຖືກຕ້ອງການຢັ້ງຢືນ
ນີ້. ສາມາດຕິດຕໍ່ຫາຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຕາມເບີໂທລະສັບຕໍ່ໄປນີ້ ຫຼື
_____ ແລະ ທີ່ຢູ່ອີເມວໄດ້ຄື _____.

ດ້ວຍຄວາມຮັກແພງ,

_____ [ຊື່ ແຈ້ງ]