



SOLICITUD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____ Últimos 4 dígitos
del n.º de Seguro Social: _____

Prueba de discapacidad

Para reunir los requisitos como persona con discapacidad a los fines del Programa de pases de autobús con tarifa reducida de la Autoridad de Transporte Público de Rhode Island (RIPTA, Rhode Island Public Transit Authority), debe enviar a RIPTA uno de los siguientes documentos: (1) una tarjeta de Medicare con un código de discapacidad; (2) una carta de asignación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, Supplemental Security Income) o Seguro por discapacidad del Seguro Social (SSDI, Social Security Disability Insurance); o (3) una carta del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. (U.S. Department of Veterans Affairs) con una clasificación de discapacidad del 40 % o más.

Prueba de identidad (requerida):

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

- Licencia de conducir Pasaporte Tarjeta de identificación del estado
- Tarjeta de identificación de la administración de veteranos

Firma:

Por el presente doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y autorizo a la RIPTA a llevar a cabo las verificaciones según corresponda. 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 letras de imprenta: _____

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Fecha_____

The Rhode Island Public Transit Authority
Attn: Customer Service Manager
705 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907

ASUNTO: Certificado de discapacidad para:

Nombre en letra de imprenta de la persona

Fecha de nacimiento:_____Últimos 4 dígitos del n.º de Seguro Social:_____

Mediante esta carta se certifica que, en función de mi conocimiento y evaluación, la persona antes mencionada tiene una discapacidad que lo habilita para recibir beneficios del Seguro por discapacidad del Seguro Social (“SSDI”) o Seguridad de Ingreso Suplementario (“SSI”), según la definición de dichos criterios de discapacidad de la Administración del Seguro Social.

Comprendo que la RIPTA puede verificar esta certificación. Pueden comunicarse conmigo al siguiente número de teléfono_____y dirección de correo electrónico
_____.

Atentamente.

[NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA]