



**PROGRAMMA DI ABBONAMENTO
A TARIFFA RIDOTTA**

**DOMANDA PER ANZIANI CON REDDITO
BASSO O DISABILI**

**** Nota bene:** Per poter usufruire di questa tessera gratuita per gli autobus, bisogna essere residenti nel Rhode Island e provare di avere un reddito basso *OLTRE* a dimostrare lo stato di anzianità o di invalidità. Se non si ha un reddito basso ma si è anziani o disabili, compilare la domanda per anziani o disabili. **

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Città _____ Provincia _____ CAP _____
Data di nascita _____ Numero di telefono _____

1. Prova di basso reddito (obbligatorio):

Per accedere al Programma di Abbonamento a Tariffa Ridotta di RIPTA (Programma), il reddito totale non deve superare il 200% del Livello Federale di Povertà. Il reddito può essere dimostrato tramite **(1)** trascrizione del conto fiscale IRS (dell'ultimo anno; vedere sotto per indicazioni su come ottenere una trascrizione fiscale); **(2)** lettera di autorizzazione SSI; **(3)** certificato di idoneità Medicaid (dell'ultimo anno) e/o copia della tessera Medicaid (rilasciata nell'ultimo anno); **(4)** prova di appartenenza al Programma di Assistenza Alimentare Supplementare (SNAP); o **(5)** Verifica Supplementare del Reddito condotta dal Dipartimento della Salute e dei Servizi Sociali del Rhode Island. Per le soglie del Livello di Povertà Federale vedere sotto.

2022 Linee guida sulla povertà per i 48 Stati contigui e il distretto di Columbia

Persone per famiglia/abitazione	Linee guida	200% della Soglia di Povertà
1	\$13,590	\$25,760
2	\$18,310	\$34,840
3	\$23,030	\$43,920
4	\$27,750	\$53,000
5	\$32,470	\$62,080
6	\$37,190	\$71,160
7	\$41,910	\$80,240
8	\$46,630	\$89,320

Ottenere una trascrizione gratuita del conto fiscale dall'IRS: La trascrizione gratuita del conto fiscale fornisce informazioni generali, tra cui lo stato civile, il tipo di dichiarazione presentata, il reddito lordo rettificato e il reddito imponibile.

Raccogliere tutte le informazioni:

- Numero di Previdenza Sociale
- Indirizzo
- Data di nascita
- CAP

Ottenere la trascrizione:

Secondo l'IRS, il modo più facile e veloce è tramite telefono o online. Andare su www.irs.gov o chiamare il numero 800- 908-9946

Sedi degli uffici IRS: Se si sente comunque la necessità di rivolgersi a un ufficio IRS, tenere presente che le sedi del Rhode Island ricevono solo su appuntamento. Per fissare un appuntamento, chiamare il numero 1-844-545-5640.

- 380 Westminster Street, Providence/Lunedì-Venerdì - 8:30 -16:30
- 60 Quaker Lane, Warwick/lunedì-venerdì - 9:00 - 16:30 (chiuso a pranzo dalle 13:00 alle 14:00)

2. Verificare dello stato di Anzianità o Invalidità (obbligatorio):

a. Stato di Anzianità: Per accedere al Programma in base all'età, è necessario fornire una delle seguenti prove:

- Carta Medicare Patente di guida del Rhode Island Passporto
 Carta d'Identità del Rhode Island Green Card/Documenti di Cittadinanza

b. Stato di invalidità: Per accedere al Programma sulla base dell'invalidità, è necessario presentare, insieme a questa domanda, una prova scritta della propria invalidità. Tale prova può essere la dimostrazione della concessione di prestazioni per invalidità, secondo uno dei seguenti criteri:

- Assicurazione Sociale d'Invalidità (SSDI) Reddito Previdenziale Supplementare (SSI)
 Invalidità rilasciata dall'Amministrazione dei Veterani, con punteggio di invalidità pari al 40% o superiore (VAD)

Se non si riceve nessuno di questi benefici di invalidità, la prova dell'invalidità deve essere fornita da un professionista qualificato, con una conoscenza di prima mano della tua condizione, tramite **Modulo di Dichiarazione Medica Giurata compilato, allegato alla presente.**

Ai fini di questo Programma, una disabilità ammissibile rientra in una delle seguenti categorie:

1. Una disabilità che qualifichi per l'ottenimento dei benefici SSDI, SSI o VAD;
2. Una condizione medica che impedisca di impegnarsi in qualsiasi attività lucrativa sostanziale a causa di una menomazione fisica o mentale che, secondo un professionista medico, potrebbe portare alla morte o continuare per almeno 12 mesi;
3. Una condizione medica cronica e grave dello sviluppo attribuibile a una menomazione mentale e/o fisica, iniziata prima dell'età adulta, che probabilmente continuerà a tempo indeterminato e che comporta limitazioni funzionali sostanziali in termini di mobilità, linguaggio, apprendimento e/o comportamento.

3. Prova d'identità (obbligatoria):

Si prega di presentare una fotocopia chiara di un documento d'identità in corso di validità. È necessario fornire uno dei seguenti documenti:

- Patente di guida del Rhode Island Passporto Carta d'Identità del Rhode Island

Firma:

Attesto che le informazioni fornite in questa domanda sono vere. Autorizzo RIPTA a prendere qualsiasi misura per la verifica di tali informazioni, se ritenuto necessario. Sono consapevole che se qualsiasi dichiarazione fatta in questa domanda risultasse falsa o imprecisa, o se qualsiasi documento di supporto fosse stato falsificato perderò i privilegi che mi sono stati concessi dal Programma di Abbonamento a Tariffa Ridotta e potrei essere soggetto a procedimenti penali per frode, in conformità con la legge dello Stato del Rhode Island.

Firma: _____

Data: _____

Nome in stampatello: _____

DICHIARAZIONE MEDICA GIURATA SULL'INVALIDITÀ **Domanda per il Programma di Abbonamento a Tariffa Ridotta**

Il sottoscritto certifica quanto segue:

1. Sono:
 - un medico abilitato, specializzato in _____.
 - uno psicologo abilitato.
 - un infermiere clinico specializzato in psichiatria.
 - un infermiere professionista con esperienza in _____.
 - un assistente sociale autorizzato con esperienza in _____.

2. Il Richiedente, _____, è in cura continua da me.
Nome, Secondo Nome, Cognome e Data di Nascita

3. Ho una conoscenza di prima mano del Richiedente e della sua condizione di disabilità e, sulla base della mia valutazione e revisione della domanda RIPTA per le persone disabili, certifico che il Richiedente ha una disabilità che lo rende idoneo per il Programma di Abbonamento a Tariffa Ridotta RIPTA.

Firmato, sotto pena di spergiuro:

Firma del medico

Data

Nome in stampatello

Tipo e numero di licenza

Indirizzo ufficio

Numero di telefono dell'ufficio