



ໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ (REDUCED FARE BUS PASS PROGRAM)

ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີຄວາມພິການ

**** ໝາຍເຫດ:** ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບບັດໂດຍສານທີ່ບໍ່ມີຄ່າໂດຍສານນີ້, ທ່ານຕ້ອງອາໄສຢູ່ໃນລັດ Rhode Island ແລະ ໃຫ້ຫຼັກຖານສະແດງສະຖານະລາຍຮັບຕໍ່າ ນອກຈາກນີ້ສະແດງສະຖານະຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ. ຖ້າທ່ານບໍ່ແມ່ນຜູ້ມີລາຍຮັບຕໍ່າແຕ່ມີຄຸນສົມບັດເປັນຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຄົນພິການ, ກະລຸນາຕື່ມແບບຟອມສະໝັກສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຄົນພິການ.**

ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____
 ຊື່ຖະໜົນ _____
 ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____
 ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ເປີໂທລະສັບ _____

1. ຫຼັກຖານສະແດງສະຖານະລາຍຮັບຕໍ່າ (ຕ້ອງມີ):

ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສໍາລັບໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນຂອງ RIPTA (ໂຄງການ), ລາຍຮັບທັງໝົດຂອງທ່ານຕ້ອງບໍ່ເກີນ 200% ຂອງລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ. ຫຼັກຖານຂອງລາຍຮັບອາດຈະສະແດງໃຫ້ເຫັນໂດຍ (1) IRS ບັນທຶກບັນຊີເສຍພາສີອັນໜຶ່ງ (ປີທີ່ຜ່ານມານີ້); ເບິ່ງຂ້າງລຸ່ມນີ້ສໍາລັບທິດທາງໃນການໄດ້ຮັບບັນທຶກການເສຍພາສີ; (2) ຈົດໝາຍມອບໃຫ້ຂອງ SSI ອັນໜຶ່ງ; (3) ຈົດໝາຍປະກາດການມີສິດໄດ້ຮັບ Medicaid (ປີຫຼ້າສຸດ) ແລະ/ຫຼື ອັດສະເກນາບັດ Medicaid (ອອກໃຫ້ພາຍໃນປີທີ່ຜ່ານມາ); (4) ຫຼັກຖານຂອງໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂຜລະນາການເສີມ (SNAP); ຫຼື (5) ລາຍຮັບເສີມອັນໜຶ່ງ ແຈ້ງການຢືນຢັນຈາກ ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ Rhode Island (Rhode Island's Executive Office of Health and Human Services). ເບິ່ງ ຢູ່ລຸ່ມນີ້ ສໍາລັບ ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຂໍ້ແນະນຳລະດັບຄວາມທຸກຍາກປີ 2022 ສໍາລັບ 48 ລັດທີ່ຢູ່ເກີດກັນ ແລະ ເມືອງໄຄລໍາເບຍ

ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນ	ຂໍ້ແນະນຳຄວາມທຸກຍາກ	200% ຂອງຂໍ້ແນະນຳຄວາມທຸກຍາກ
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

ການໄດ້ຮັບບັນທຶກບັນຊີທີ່ຍົກເວັ້ນພາສີຈາກ IRS: ບັນທຶກບັນຊີທີ່ຍົກເວັ້ນເສຍພາສີ ສະໜອງຂໍ້ມູນພື້ນຖານ, ລວມທັງສະຖານະພາບການສົມລົດ, ປະເພດຂອງການສົ່ງຄືນ, ລາຍຮັບລວມຍອດທີ່ຖືກປັບ ແລະ ລາຍຮັບພາສີ.

ພ້ອມກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ:

- ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ
- ຊື່ຖະໜົນ
- ວັນເດືອນປີເກີດ
- ລະຫັດໄປສະນີ

ຮັບເອົາບັນທຶກຂອງທ່ານ:

ອີງຕາມ IRS, ວິທີທີ່ງ່າຍທີ່ສຸດ ແລະ ໄວທີ່ສຸດແມ່ນທາງໂທລະສັບ ຫຼື ອອນໄລນ໌. ໄປທີ່ www.irs.gov ຫຼື ໂທ 800- 908-9946

ສະຖານທີ່ຫ້ອງການ IRS: ຖ້າທ່ານຍັງຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄປຫ້ອງການ IRS, ກະຊວງຮັບຊາບວ່າສະຖານທີ່ໃນລັດ Rhode Island ໃນບັດຈຸບັນແມ່ນຮູ້ພາຍຫຼັງການໄດ້ນັດໝາຍເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອກຳນົດເວລານັດໝາຍ, ກະຊວງໂທຫາ 1-844-545-5640.

- 380 Westminster Street, Providence/ ວັນຈັນ-ວັນສຸກ - 8:30 ໂມງເຊົ້າ-4:30 ໂມງແລງ
- 60 Quaker Lane, Warwick /ວັນຈັນ-ວັນສຸກ -9:00-ໂມງເຊົ້າ-4:30 ໂມງແລງ
(ບັດສຳລັບອາຫານທ່ຽງ 1:00 ໂມງທ່ຽງ - 2:00 ແລງ)

2. ການຢືນຢັນກ່ຽວສະຖານະກ່ຽວກັບຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ (ຕ້ອງການອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ):

a. ສະຖານະຜູ້ສູງອາຍຸ: ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບໂຄງການໂດຍອີງໃສ່ອາຍຸ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ເຫຼັ້ງໃນແບບຟອມຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຫຼັກຖານ:

- ☐ ບັດ Medicare ☐ R.I. ໃບຂັບຂີ່ ☐ ປຶ້ມຜ່ານແດນ
☐ R.I. ບັດປະຈຳຕົວຂອງລັດ ☐ ບັດຂຽວ/ເອກະສານສັນຊາດ

b. ສະຖານະຄວາມພິການ: ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບໂຄງການໂດຍອີງໃສ່ຄວາມພິການ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງເອກະສານຢືນຢັນຄວາມພິການຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້. ການຢືນຢັນດັ່ງກ່າວອາດຈະເປັນຫຼັກຖານຂອງລາງວັນສຳລັບຜົນປະໂຫຍດຄວາມພິການພາຍໃຕ້ ໜຶ່ງໃນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

- ☐ ປະກັນສັງຄົມ ປະກັນຄວາມພິການ (SSDI) ☐ ລາຍໄດ້ເສີມດ້ານຄວາມປອດໄພ (SSI)
☐ ຄວາມພິການທາງບໍລິຫານຂອງນັກຮັບເກົາ, ໂດຍມີຄະແນນຄວາມພິການ 40% ຫຼື ສູງກວ່າ (VAD)

ຖ້າທ່ານ ບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຄວາມພິການໃດໆເລີຍ, ຢືນຢັນຄວາມພິການຂອງທ່ານຕ້ອງມາຈາກຜູ້ຊ່ວຍຊານທີ່ມີຄຸນວຸດທິທີ່ມີຄວາມຮັກກ່ຽວກັບຄວາມພິການຂອງທ່ານ, ຫຼັກຖານສະແດງຕ້ອງມີໃຫ້ຄົບໃນ **ແບບຟອມຂອງ Medical Affidavit, ທີ່ໄດ້ຄັດຕິດມານຳນີ້.**

ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງໂຄງການນີ້, ຄວາມພິການທີ່ມີເງື່ອນໄຂຢູ່ໃນໜຶ່ງໃນປະເພດຕໍ່ໄປນີ້:

1. ຄວາມພິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ SSDI, SSI ຫຼື VAD;
2. ສະພາບທາງການແພດທີ່ຫຼີກລ້ຽງໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢ່າງຫຼວງຫຼາຍເນື່ອງຈາກຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈທີ່ຄາດໄວ້ ໂດຍຜູ້ຊ່ວຍຊານດ້ານການແພດທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ເສຍຊີວິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ຢ່າງໜ້ອຍ 12 ເດືອນ;
3. ສະພາບທາງດ້ານການແພດການພັດທະນາແບບຊ້າເຮືອທີ່ຮຸນແຮງທີ່ເປັນຜົນມາຈາກຄວາມບົກຜ່ອງທາງດ້ານຈິດໃຈ ແລະ/ຫຼື ຮ່າງກາຍທີ່ເລີ່ມຕົ້ນກ່ອນໄວຜູ້ໃຫຍ່, ອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຢ່າງບໍ່ມີ **ກຳນົດ** ແລະ ສົງຜົນໃຫ້ມີຂໍ້ **ຈຳກັດ** ດ້ານການ **ທຳການ** ຢ່າງຫຼວງຫຼາຍໃນຂົງເຂດການເຄື່ອນໄຫວ, ພາສາ, ການຮຽນຮູ້ ແລະ/ຫຼື ພຶດຕິ **ກຳ**.

3 ຫຼັກຖານສະແດງຕົວຕົນ (ຕ້ອງມີ):

ກະຊວງສົ່ງສຳເນົາຂອງບັດປະຈຳຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍທີ່ເຫັນສັດແຈນຖືກຕ້ອງ. ໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຕ້ອງໄດ້ສະໜອງໃຫ້:

- ☐ R.I. ໃບຂັບຂີ່ ☐ ປຶ້ມຜ່ານແດນ ☐ R.I. ບັດປະຈຳຕົວຂອງລັດ

ລາຍເຊັນ:

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ RIPTA ດຳເນີນຂັ້ນຕອນຕ່າງໆເພື່ອກວດສອບ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ, ຕາມທີ່ເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຄຳຖະແຫຼງໃດໆໃນແບບຟອມສະໝັກນີ້ແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ມີຄວາມຈິງ ຫຼື

ຖ້າເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃດໜຶ່ງຖືກປອມແປງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງສູນເສຍສິດທິເສດທີ່ມອບໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໂດຍໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ ແລະ ອາດຈະຖືກດຳເນີນຄະດີອາຍາຍ້ອນການສໍ້ໂກງ, ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ Rhode Island.

ລາຍເຊັນ: _____

ວັນທີ: _____

ຂຽນຊື່: _____



**ໃບຢັ້ງຢືນທາງການແພດກ່ຽວກັບຄວາມພິການ
ໃບສະໝັກ ໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ**

Deleted: ກຳ

Deleted: ຈຳ

Deleted: ທຳ

Deleted: ກຳ

ຜູ້ໄດ້ລົງນາມຮັບຮອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ:

- ☐ ທ່ານໜ້າທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ, ຈຳນານພິເສດກ່ຽວກັບ _____.
- ☐ ນັກຈິດຕະວິທະຍາທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.
- ☐ ຜູ້ຊ່ວຍຊານທາງດ້ານຄລິນິກພະຍາບານທາງຈິດທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ.
- ☐ ພະຍາບານທີ່ມີປະສົບການໃນສາຂາວິຊາກ່ຽວກັບ _____.
- ☐ ພະນັກງານສັງຄົມທີ່ມີໃບອະນຸຍາດທີ່ມີປະສົບການໃນສາຂາວິຊາກ່ຽວກັບ _____.

2. ຜູ້ສະໝັກ, _____
ປະຈຸບັນຢູ່ພາຍໃຕ້ການດູແລຢ່າງຕໍ່ເນື່ອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດ

3. ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນຜູ້ຮູ້ເບື້ອງຕົ້ນກ່ຽວກັບຜູ້ສະໝັກ ແລະ ສະຖານະ ຄວາມພິການຂອງລາວ ແລະ ອີງຕາມການປະເມີນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ການທົບທວນຄືນໃບຄໍາຮ້ອງຂອງ RIPTA ສໍາລັບຄົນພິການ, ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຮັບຮອງວ່າຜູ້ສະໝັກຄົນນີ້ມີຄວາມພິການ ເຮັດໃຫ້ລາວມີຄຸນສົມບັດ ສໍາລັບໂຄງການ ບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ RIPTA.

ໄດ້ລົງນາມ, ຍືນຍອມຮັບຜິດຊອບ ແລະ ຮັບການລົງໂທດຫາກສິ່ງທີ່ເວົ້າບໍ່ມີຄວາມຈິງ:

ລາຍເຊັນຂອງແພດ

ວັນທີ

ຂຽນຊື່

ປະເພດຂອງໃບອະນຸຍາດ ແລະ ໝາຍເລກ

ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການ

ເບີໂທລະສັບຫ້ອງການ