



低收入年长者或残障人士申请

**** 请注意：**为了有资格获得此免费巴士通行证，您必须是罗德岛居民，且必须提供低收入状况证明以及年长者或残障状况证明。如果您不是低收入者，但符合年长者或残障人士资格，请填写“年长者或残障人士申请表”。**

姓氏 _____ 名字 _____ 中间名 _____
街道地址 _____
城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____
出生日期 _____ 电话号码 _____

1. 低收入状况证明（必填）：

要符合 RIPTA 推出的减价巴士通行证计划（计划）的资格，您的总收入不得超过联邦贫困线的 200%。收入证明可通过以下方式呈现：(1) 美国国税局 (IRS) 税务账户记录（最近一年；有关获取税务记录的说明，请参见下文）；(2) 补充社会保障金 (SSI) 授予信函；(3) Medicaid 资格通知函（最近一年）和/或 Medicaid 卡副本（一年内签发）；(4) 补充营养援助计划 (SNAP) 福利证明；或 (5) 罗德岛卫生与公众服务执行办公室出具的补充收入核实通知。请参阅下文了解联邦贫困线起始点。

2022 年 48 个相邻州和哥伦比亚特区贫困指南

家庭成员人数	贫困线	贫困线的 200%
1	13,590 美元	25,760 美元
2	18,310 美元	34,840 美元
3	23,030 美元	43,920 美元
4	27,750 美元	53,000 美元
5	32,470 美元	62,080 美元
6	37,190 美元	71,160 美元
7	41,910 美元	80,240 美元
8	46,630 美元	89,320 美元

从国税局获得免税账户记录：免税账户记录提供基本信息，包括婚姻状况、申报类型、调整后总收入和应税收入。

请收集您的以下信息：

- 社会安全号码
- 出生日期
- 街道地址
- 邮政编码

请获取您的记录：

据美国国税局称，最简便快捷的方式是通过电话或在线访问。请访问 www.irs.gov 或致电 800-908-9946

国税局办公室地点：如果您仍然觉得需要前往美国国税局办公室，请注意，目前只能通过预约前往罗德岛办公室地点。要安排预约，请致电 1-844-545-5640。

- 380 Westminster Street, Providence/周一 - 周五 - 上午 8:30 - 下午 4:30
- 60 Quaker Lane, Warwick/周一 - 周五 - 上午 9:00-下午 4:30 (下午 1:00-2:00 午餐休息)

2. 验证年长者身份或残障状况（只需一项）：

a. 年长者身份：为了符合本计划的年龄资格，您必须提供以下形式的证明：

- Medicare 卡
- 罗德岛驾州执照
- 护照
- 罗德岛州身份证
- 绿卡/公民身份证书

b. 残障状况：为了符合本计划的残障资格，您必须随本申请书提交书面残障证明。此类验证可能是根据以下情况之一授予残障福利的证据：

- 社会保障残障保险 (SSDI)
- 补充社会保障金 (SSI)
- 退伍军人管理局认定残障评级为 40% 或以上 (VAD)

如果您没有获得任何此类残障福利，必须由一位对您的残障状况有第一手了解的合格专业人员出具残障证明，并附上一份完整的**医疗宣誓书**作为证明。

就本计划而言，符合条件的残障应属于以下类别之一：

1. 符合 SSDI、SSI 或 VAD 福利条件的残障；
2. 由于身体或精神上的缺陷，导致您无法从事任何实质性的有报酬的活动，且医疗专业人员预计这种损害将导致死亡或持续至少 12 个月；
3. 患有严重的慢性发育性疾病，可归因于成年期之前开始的精神和/或身体缺陷，可能无限期持续，并导致行动、语言、学习和/或行为等领域的严重功能限制。

3. 身份证明（必需）：

请提交带照片的有效当前身份证的清晰复印件。必须提供下列各项中的一项：

- 罗德岛州驾驶执照
- 护照
- 罗德岛州身份证

签名：

本人特此证明，本申请中所提供的信息属实。我授权 RIPTA 在必要时采取任何措施核实此类信息。本人理解，如果本申请表上的任何陈述为虚假或不准确，或者任何支持文件系伪造，本人将失去减价巴士通行证计划授予本人的特权，并可能根据罗德岛州法律因欺诈而受到刑事起诉。

签名：_____

日期：_____

印刷体书写姓名：_____



关于残障的医疗宣誓书 减价巴士通行证计划申请

下列签署人特此证明：

1. 本人系：

- 持照医生，专业领域为_____。
- 持照心理学家。
- 经过认证的精神科护士临床专家。
- 具备以下领域经验的执业护士_____。
- 持照社会工作者，并具备以下领域的经验_____。

2. 申请人，_____，目前接受我的持续护理。
名字、中间名、姓氏和出生日期

3. 本人对申请人及其残障状况有第一手了解，并根据本人对 RIPTA 残障人士申请的评估和审查，特此证明该申请人的残障符合 RIPTA 减价巴士通行证计划的资格。

在此签字，并承担伪证罪之痛苦和惩罚：

临床医生签名

日期

印刷体书写姓名

执照类型及编号

办公地址

办公电话号码