



**PROGRAMA DE PASSE DE ÔNIBUS
COM TARIFA REDUZIDA**

**INSCRIÇÃO PARA IDOSOS COM BAIXA RENDA
OU PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIAS**

**** Note:** Para se qualificar para este passe de ônibus com tarifa gratuita, você **PRECISA** ser residente de Rhode Island e apresentar comprovante de situação de baixa renda **ALÉM DE** comprovante de qualificação como idoso ou portador de deficiência. Se você não tiver baixa renda mas, de outra maneira, se qualificar como idoso ou portador de deficiência, preencha o formulário de inscrição para idosos ou portadores de deficiências.**

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do nome do meio _____
Endereço _____
Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____
Data de Nascimento _____ Telefone _____

1. Comprovante de situação de baixa renda (obrigatório):

Para se qualificar para o Programa de passe de ônibus com tarifa reduzida da RIPTA (Programa), a sua renda total não deve exceder 200% do Nível Federal de Pobreza. A comprovação da renda pode ser apresentada através de **(1)** uma transcrição do registro fiscal do IRS (ano mais recente; veja abaixo as instruções sobre como obter uma transcrição do imposto); **(2)** uma carta de concessão de SSI; **(3)** uma carta de notificação de elegibilidade ao Medicaid (ano mais recente) e/ou cópia da carteira do Medicaid (emitida no último ano); **(4)** comprovante de benefícios do Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP); ou **(5)** uma notificação de verificação de renda suplementar do Gabinete Executivo de Saúde e Serviços Humanos de Rhode Island. Veja abaixo os limites do Nível Federal de Pobreza.

Parâmetros de pobreza para os 48 estados contíguos e o Distrito de Colúmbia em 2022

Pessoas na família/domicílio	Parâmetro de pobreza	200% do parâmetro de pobreza
1	\$14.580	\$29.160
2	\$19.720	\$39.440
3	\$24.860	\$49.720
4	\$30.000	\$60.000
5	\$35.140	\$70.280
6	\$40.280	\$80.560
7	\$45.420	\$90.840
8	\$50.560	\$101.120

Como obter do IRS, gratuitamente, uma transcrição do registro fiscal: A transcrição do registro fiscal fornece informações básicas, incluindo estado civil, tipo de declaração apresentada, renda bruta ajustada e renda tributável.

Reúna suas informações:

- Número do Social Security
- Data de nascimento
- Endereço
- Código postal

Obtenha a sua transcrição:

De acordo com o IRS, a maneira mais fácil e rápida é por telefone ou online. Acesse www.irs.gov OU ligue para 800908-9946.

Locais dos escritórios do IRS: Se você ainda achar que precisa ir a um escritório do IRS, observe que os locais de Rhode Island estão operando agora somente com hora marcada. Para fazer um agendamento, ligue para 1-844-545-5640.

■ 380 Westminster Street, Providence/ de segunda a sexta – das 8h30 às 16h30

■ 60 Quaker Lane, Warwick / de segunda a sexta – das 9h00 às 16h30
(Fechado para almoço das 13h00 às 14h00)

2. Verificação da qualificação como idoso OU por deficiência (somente um é necessário):

a. Qualificação como idoso: Para se qualificar para o Programa, com base na idade, você deve apresentar uma das seguintes formas de comprovação:

- Carteira do Medicare Carteira de motorista de R.I. Passaporte
 Carteira de identidade do Estado de R.I. Green Card/Documentos de cidadania

b. Qualificação por deficiência: Para se qualificar para o Programa, com base em deficiência, você precisa apresentar verificação da sua deficiência, por escrito, com essa solicitação. Tal verificação pode ser um comprovante de concessão de benefícios por deficiência, sob um dos seguintes:

- Seguro de Invalidez da Previdência Social (SSDI) Renda complementar da Previdência Social (SSI)
 Benefício por invalidez da Administração de Veteranos, com classificação de incapacidade igual ou superior a 40% (VAD)

Se não estiver recebendo nenhum desses benefícios por invalidez, a verificação da sua deficiência deve ser apresentada por um profissional qualificado com conhecimento direto da sua deficiência, evidenciado pelo preenchimento de um **Formulário de Declaração Médica, anexo ao presente**.

Para fins desse Programa, uma deficiência qualificada se enquadra em uma das seguintes categorias:

1. Uma deficiência que o qualifique para benefícios de SSDI, SSI ou VAD;
2. Uma condição médica que o impeça de se envolver em qualquer atividade lucrativa substancial devido à deficiência física ou mental, que um profissional médico antecipe que possa resultar em morte ou continuar por, no mínimo, 12 meses;
3. Uma condição médica de desenvolvimento, crônica e grave, causada por uma deficiência mental e/ou física que tenha começado antes da idade adulta e que, provavelmente, continuará indefinidamente e resultará em limitações funcionais substanciais nas áreas de mobilidade, linguagem, aprendizagem e/ou comportamento.

3. Comprovante de identidade (obrigatório):

Apresente uma cópia legível de um documento de identificação com fotografia atual e válido. Um dos seguintes deve ser apresentado:

- Carteira de motorista de R.I. Passaporte Carteira de identidade do Estado de R.I.

Assinatura:

Atesto que as informações fornecidas com esta solicitação são verdadeiras. Autorizo a RIPTA a tomar as providências necessárias para verificar tais informações. Entendo que, se quaisquer declarações feitas neste formulário de inscrição forem falsas ou imprecisas ou, se qualquer documentação de apoio tenha sido falsificada, perderei os privilégios concedidos a mim pelo Programa de passe de ônibus com tarifa reduzida e poderei estar sujeito a processo criminal por fraude, de acordo com a legislação do Estado de Rhode Island.

Assinatura: _____

Data: _____

Escreva o nome em letras de forma: _____



DECLARAÇÃO MÉDICA REFERENTE À INVALIDEZ
Inscrição para o Programa de passe de ônibus com tarifa reduzida

O abaixo-assinado certifica o seguinte:

1. Sou:
 - médico(a) licenciado(a), especializado(a) na área de _____.
 - psicólogo(a) licenciado(a).
 - enfermeiro(a) psiquiátrico(a) certificado(a) com especialização clínica.
 - enfermeiro(a) clínico(a) com experiência na área de _____.
 - assistente social licenciado(a) com experiência na área de _____.

2. O(A) Requerente, _____, encontra-se atualmente sob meus
Nome, nome do meio, sobrenome e data de nascimento
cuidados contínuos.

3. Tenho conhecimento direto do(a) Requerente e de seu status de deficiência e, com base em minha avaliação e revisão do formulário da RIPTA de Inscrição de Pessoas Portadoras de Deficiências, certifico que este(a) Requerente tem uma deficiência que o(a) qualifica para o Programa de passe de ônibus com tarifa reduzida da RIPTA.

Assinado, sob as penas de perjúrio:

Assinatura do clínico

Data

Escreva o nome em letras de forma

Tipo e número da licença

Endereço do consultório

Telefone do consultório