

طلب متعلق بأصحاب الدخل المنخفض من كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة

**** يُرجى ملاحظة التالي:** من أجل استحقاق الحصول على تذاكر مجانية للحافلات، يجب أن تكون مقيمًا في رود آيلاند و عليك تقديم دليلًا يثبت إنك من أصحاب الدخل المنخفض فضلًا عن دليل آخر يثبت إنك من كبار السن أو من ذوي الإعاقة. إذا لم تكن من أصحاب الدخل المنخفض ولكنك مستحق للخدمة لكونك من كبار السن أو من ذوي الإعاقة، يُرجى استيفاء نموذج طلب كبار السن أو الأشخاص ذوي الإعاقة.**

اسم العائلة _____ الاسم الأول _____
أول حرف من الاسم الأوسط _____ عنوان الشارع _____
المدينة _____
الولاية _____
الرمز البريدي _____
تاريخ الميلاد _____ رقم الهاتف _____

1. دليل يثبت إن مقدم الطلب من أصحاب الدخل المنخفض (يلزم تقديمه):

من أجل استحقاق الحصول على خدمات برنامج تخفيض أجرة تذاكر الحافلات (البرنامج) التابع لهيئة النقل العام في رود آيلاند (RIPTA)، يجب ألا يتجاوز إجمالي دخلك 200% من مستوى الفقر المحدد فيدراليًا. يمكن الحصول على دليل لإثبات الدخل من خلال (1) مستخرج حساب الضرائب صادر عن دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) (آخر سنة؛ انظر أدناه للحصول على إرشادات حول كيفية الحصول على مستخرج ضريبي)؛ أو (2) خطاب منح دخل ضمان إضافي (SSI)؛ أو (3) خطاب إخطارك باستحقاق خدمة Medicaid (آخر سنة) و/أو نسخة من بطاقة Medicaid (الصادرة خلال العام الماضي)؛ أو (4) دليل يثبت التمتع بمزايا برنامج المساعدة الغذائية التكميلية (SNAP)؛ أو (5) إخطار إثبات الدخل الإضافي من المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية (Executive Office of Health and Human Services) في رود آيلاند. انظر أدناه لمعرفة الحدود الدنيا لمستوى الفقر المحددة فيدراليًا.

مستويات الفقر لعام 2023 في الولايات المتجاورة البالغة 48 ولاية ومقاطعة كولومبيا

عدد الأفراد في الأسرة/الوحدة السكنية	مستوى الفقر	200% من مستوى الفقر
1	14,580 دولارًا أمريكيًا	29,160 دولارًا أمريكيًا
2	19,720 دولارًا أمريكيًا	39,440 دولارًا أمريكيًا
3	24,860 دولارًا أمريكيًا	49,720 دولارًا أمريكيًا
4	30,000 دولارًا أمريكيًا	60,000 دولارًا أمريكيًا
5	35,140 دولارًا أمريكيًا	70,280 دولارًا أمريكيًا
6	40,280 دولارًا أمريكيًا	80,560 دولارًا أمريكيًا
7	45,420 دولارًا أمريكيًا	90,840 دولارًا أمريكيًا
8	50,560 دولارًا أمريكيًا	101,120 دولارًا أمريكيًا

الحصول على مستخرج حساب الضرائب المجاني من دائرة الإيرادات الداخلية: يحتوي مستخرج حساب الضرائب المجاني على معلومات أساسية، بما في ذلك الحالة الاجتماعية، ونوع الإقرار الضريبي المقدم، وإجمالي الدخل المعدل، والدخل الخاضع للضريبة.

بيان المعلومات المتعلقة بك:

- رقم الضمان الاجتماعي
- تاريخ الميلاد
- عنوان الشارع
- الرمز البريدي

الحصول على المستخرج الخاص بك:

وفقًا لدائرة الإيرادات الداخلية، فإن أسهل وأسرع طريقة هي التواصل عبر الهاتف أو عبر الإنترنت. يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي www.irs.gov أو الاتصال على رقم 800-908-9946

الأماكن الكائن بها مكتب دائرة الإيرادات الداخلية: إذا كنت ترى أنه ما زال هناك حاجة للذهاب إلى أحد مكاتب دائرة الإيرادات الداخلية، يُرجى العلم أن الأماكن التي تقدم خدمات هذا المكتب في رود آيلاند لا تعمل إلا بالحجز المسبق. لحجز موعد، يُرجى الاتصال على رقم 1-844-545-5640.

- 380 Westminster Street, Providence / من الاثنين إلى الجمعة - من الساعة 8:30 صباحًا حتى الساعة 4:30 مساءً
- 60 Quaker Lane, Warwick / من الاثنين إلى الجمعة - من الساعة 9:00 صباحًا حتى الساعة 4:30 مساءً (مغلق وقت الغداء من الساعة 1:00 ظهرًا حتى الساعة 2:00 ظهرًا)

2. إثبات أن مقدم الطلب من كبار السن / من ذوي الإعاقة (يلزم تقديم أحد المستندات المذكورة أدناه):

أ. كبار السن: لاستحقاق الحصول على خدمات البرنامج على أساس العمر، يجب عليك تقديم أحد مستندات الإثبات التالية:

- بطاقة Medicare
- رخصة قيادة تابعة لرود آيلاند
- جواز سفر
- بطاقة هوية محلية تابعة لرود آيلاند
- بطاقة الإقامة الدائمة/أوراق الجنسية

ب. الأفراد ذوو الإعاقة: لاستحقاق الحصول على خدمات البرنامج على أساس الإعاقة، يجب عليك إرفاق إثبات كتابي يثبت إعاقتك مع هذا الطلب. قد يكون هذا الإثبات دليلاً على تمتعك بمزايا ذوي الإعاقة تحت مظلة أحد المصادر التالية:

- تأمين ضد الإعاقة في الضمان الاجتماعي (SSDI)
- دخل الضمان الإضافي (SSI)
- تعويضات الإعاقة من إدارة المحاربين القدامى (VAD)، على أن تكون درجة الإعاقة بنسبة 40٪ أو أعلى

إذا كنت لا تحصل على أي من مزايا الإعاقة المذكورة أعلاه، يجب أن يتولى أحد الأخصائيين المؤهلين الذين لديهم معرفة مباشرة بإعاقتك إثبات تلك إعاقتك، مع تقديم نموذج إفادة طبية مستوفى (هذا النموذج مرفق بنموذج الطلب المائل).

لأغراض هذا البرنامج، تتمثل حالات الإعاقة التي تجعلك مستحقاً لخدمات هذا البرنامج في التالي:

1. الإعاقة التي تجعلك مستحقاً لمزايا التأمين ضد الإعاقة في الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان الإضافي أو تعويضات الإعاقة من إدارة المحاربين القدامى؛
2. حالة طبية تمنعك من الانخراط في أي نشاط أساسي مدر للأجر بسبب إعاقة جسدية أو عقلية قد تؤدي إلى الوفاة أو قد تستمر لمدة 12 شهراً على الأقل وفقاً لتقييم أحد الأخصائيين الطبيين؛
3. حالة طبية مزمنة وخيمة متعلقة بعملية النمو بسبب إعاقة عقلية و/أو جسدية ظهرت قبل مرحلة البلوغ، ومن المرجح أن تستمر إلى أجل غير مسمى وأن ينتج عنها قيود حركية كبيرة فيما يخص التنقل و/أو اللغة و/أو التعلم و/أو السلوك.

3. إثبات الهوية (يلزم تقديمه):

يُرجى تقديم نسخة واضحة من بطاقة هوية سارية المفعول تحمل صورة. يجب تقديم أحد المستندات التالية:

- رخصة قيادة تابعة لرود آيلاند
- جواز سفر
- بطاقة هوية محلية تابعة لرود آيلاند

التوقيع:

أقر بموجب نموذج الطلب المائل أن المعلومات المقدمة مع هذا الطلب صحيحة. وأسمح لهيئة النقل العام في رود آيلاند باتخاذ أي إجراءات لازمة للتحقق من هذه المعلومات، حسب الاقتضاء. علاوة على ذلك، أعلم أنه في حال كانت أي بيانات تم الإدلاء بها في نموذج الطلب المائل خاطئة أو غير دقيقة، أو في حال تزوير أي مستندات داعمة، سأفقد الامتيازات الممنوحة لي من خلال برنامج تخفيض أجره تذاكر الحافلات وقد أتعرض للمحاكمة الجنائية بتهمة الاحتيال، وذلك وفقاً لما ينص عليه قانون ولاية رود آيلاند.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

الاسم بأحرف واضحة: _____

إفادة طبية فيما يخص حالة الإعاقة طلب الحصول على خدمات برنامج تخفيض أجرة تذاكر الحافلات

يقر الموقع أدناه بموجب الإفادة الماثلة بالتالي:

1. أنا:

- طبيب مرخص، متخصص في مجال _____.
- أخصائي نفسي مرخص.
- أخصائي تمرير سريري معتمد في مجال الصحة النفسية.
- ممرض ممارس من ذوي الخبرة في مجال _____.
- أخصائي اجتماعي مرخص من ذوي الخبرة في مجال _____.

2. مقدم الطلب، _____، يخضع لرعايتي المستمرة في الوقت الحالي.
الاسم الأول والاسم الأوسط واسم العائلة وتاريخ الميلاد

3. أملك معرفة مباشرة بمقدم الطلب وحالة إعاقته، وبناءً على تقييمي وإطلاعي على الطلب الذي توفره هيئة النقل العام في رود آيلاند لذوي الإعاقة، أقر بأن مقدم الطلب هذا يعاني من إعاقة تجعله مستحقاً للحصول على خدمات برنامج تخفيض أجرة تذاكر الحافلات التابع للهيئة.

تم التوقيع تحت طائلة عقوبة شهادة الزور:

التاريخ	توقيع الأخصائي السريري
نوع الترخيص ورقمه	الاسم بأحرف واضحة
رقم هاتف العيادة	عنوان العيادة