



ໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ (REDUCED FARE BUS PASS PROGRAM)

ຄໍາຮ້ອງສະໝັກສໍາລັບຜູ້ສູງອາຍຸທີ່ມີລາຍໄດ້ຕໍ່າ ຫຼື ຜູ້ທີ່ມີຄວາມພິການ

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

ນາມສະກຸນ _____ ຊື່ _____ ຊື່ກາງ _____

ຊື່ຖະໜົນ _____

ເມືອງ _____ ລັດ _____ ລະຫັດໄປສະນີ _____

ວັນເດືອນປີເກີດ _____ ເບີໂທລະສັບ _____

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 ອັດສະນາບັດ Medicaid (ອອກໃຫ້ພາຍໃນປີທີ່ຜ່ານມາ); (4) ຫຼັກຖານຂອງໂຄງການການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານໂພລິດິກາຊີ (SNAP); ຫຼື (5) ລາຍຮັບເສຍອັນໜຶ່ງ ແຈ້ງການຍືນຍັນຈາກ ຫ້ອງການບໍລິຫານດ້ານສຸຂະພາບ ແລະ ການບໍລິການມະນຸດຂອງລັດ Rhode Island (Rhode Island's Executive Office of Health and Human Services). ເບິ່ງ ຢູ່ລຸ່ມນີ້ ສໍາລັບ ລະດັບຄວາມທຸກຍາກຂອງລັດຖະບານກາງ.

ຂໍ້ແນະນຳລະດັບຄວາມທຸກຍາກປີ 2022 ສໍາລັບ 48 ລັດທີ່ຢູ່ຕິດກັນ ແລະ ເມືອງໂຄລໍຣາເດ

ຈຳນວນຄົນໃນຄອບຄົວ/ຄົວເຮືອນ	ຂໍ້ແນະນຳຄວາມທຸກຍາກ	200% ຂອງຂໍ້ແນະນຳຄວາມທຸກຍາກ
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

ການໄດ້ຮັບບັນທຶກບັນຊີທີ່ຍົກເວັ້ນພາສີຈາກ IRS: ບັນທຶກບັນຊີທີ່ຍົກເວັ້ນເສຍພາສີ ສະໜອງຂໍ້ມູນເພີ່ມທຽມ, ລວມທັງສະຖານະພາບການສົມລົດ, ປະເພດຂອງການສົ່ງຄືນ, ລາຍຮັບລວມອອດທີ່ຖືກປັບ ແລະ ລາຍຮັບພາສີ.

ພ້ອມກັບຂໍ້ມູນຂອງທ່ານ:

- ໝາຍເລກປະກັນສັງຄົມ
- ວັນເດືອນປີເກີດ
- ຊື່ຖະໜົນ
- ລະຫັດໄປສະນີ

ຮັບເອົາບັນທຶກຂອງທ່ານ:

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

ສະຖານທີ່ຕ້ອງການ IRS: ຖ້າທ່ານຍັງຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຈຳເປັນຕ້ອງໄປຕ້ອງການ IRS, ກະລຸນາຮັບຊາບວ່າສະຖານທີ່ໃນລັດ Rhode Island ໃນບັດຈຸບັນແມ່ນຮູ້ພາຍຫຼັງການໄດ້ນັດໝາຍເທົ່ານັ້ນ. ເພື່ອກຳນົດເວລານັດໝາຍ, ກະລຸນາໂທຫາ 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
(ປິດສຳລັບອາຫານທ່ຽງ 1:00 ໂມງທ່ຽງ - 2:00 ແລງ)

2. ການຍືນຍັນກ່ຽວສະຖານະກ່ຽວກັບຜູ້ສູງອາຍຸ ຫຼື ຄວາມພິການ (ຕ້ອງການອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ):

a. ສະຖານະຜູ້ສູງອາຍຸ: ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບໂຄງການໂດຍອີງໃສ່ອາຍຸ, ທ່ານຕ້ອງໃຫ້ໜຶ່ງໃນແບບຟອມຕໍ່ໄປນີ້ເປັນຫຼັກຖານ:

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

b. ສະຖານະຄວາມພິການ: ເພື່ອໃຫ້ມີຄຸນສົມບັດສຳລັບໂຄງການໂດຍອີງໃສ່ຄວາມພິການ, ທ່ານຕ້ອງສົ່ງເອກະສານຍືນຍັນຄວາມພິການຂອງທ່ານເປັນລາຍລັກອັກສອນກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້. ການຍືນຍັນດັ່ງກ່າວອາດຈະເປັນຫຼັກຖານຂອງລາງວັນສຳລັບຜົນປະໂຫຍດຄວາມພິການພາຍໃຕ້ໜຶ່ງໃນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

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

ຖ້າທ່ານ ບໍ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຄວາມພິການໃດໆເລີຍ, ຍືນຍັນຄວາມພິການຂອງທ່ານຕ້ອງມາຈາກຜູ້ຊ່ຽວຊານທີ່ມີຄຸນວຸດທິທີ່ມີຄວາມຮູ້ກ່ຽວກັບຄວາມພິການຂອງທ່ານ, ຫຼັກຖານສະແດງຕ້ອງມີໃຫ້ຄົບໃນ ແບບຟອມຂອງ Medical Affidavit, ທີ່ໄດ້ຄັດຕິດມານຳນີ້.

ສຳລັບຈຸດປະສົງຂອງໂຄງການນີ້, ຄວາມພິການທີ່ມີເງື່ອນໄຂຢູ່ໃນໜຶ່ງໃນປະເພດຕໍ່ໄປນີ້:

1. ຄວາມພິການທີ່ມີຄຸນສົມບັດໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດ SSDI, SSI ຫຼື VAD;
2. ສະພາບທາງການແພດທີ່ຫຼືກລ້ຽງບໍ່ໃຫ້ທ່ານເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳທີ່ໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຢ່າງຫຼວງຫຼາຍເນື່ອງຈາກຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານຮ່າງກາຍ ຫຼື ຈິດໃຈທີ່ອາດໄວ້ ໂດຍຜູ້ຊ່ຽວຊານດ້ານການແພດທີ່ຈະເຮັດໃຫ້ເສຍຊີວິດ ຫຼື ສືບຕໍ່ຢ່າງໜ້ອຍ 12 ເດືອນ;
3. ສະພາບທາງດ້ານການແພດການພັດທະນາແບບຊ່າເຮືອທີ່ຮຸນແຮງທີ່ເປັນຜົນມາຈາກຄວາມບົກຜ່ອງທາງດ້ານຈິດໃຈ ແລະ/ຫຼື ຮ່າງກາຍທີ່ເລີ່ມຕົ້ນກ່ອນໄວຜູ້ໃຫຍ່, ອາດຈະສືບຕໍ່ໄປຢ່າງບໍ່ມີກຳນົດ ແລະ ສົ່ງຜົນໃຫ້ມີຂໍ້ຈຳກັດດ້ານການທຳການ ຢ່າງຫຼວງຫຼາຍໃນຂົງເຂດການເຄື່ອນໄຫວ, ພາສາ, ການຮຽນຮູ້ ແລະ/ຫຼື ພຶດຕິກຳກຳ.

3 ຫຼັກຖານສະແດງຕົວຕົນ (ຕ້ອງມີ):

ກະລຸນາສົ່ງສຳເນົາຂອງບັດປະຈຳຕົວທີ່ມີຮູບຖ່າຍທີ່ເຫັນສັດແຈນຖືກຕ້ອງ. ໜຶ່ງໃນສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ຕ້ອງໄດ້ສະໜອງໃຫ້:

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

ລາຍເຊັນ:

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າຂໍ້ມູນທີ່ສະໜອງໃຫ້ກັບຄຳຮ້ອງສະໝັກນີ້ແມ່ນເປັນຄວາມຈິງ. ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ RIPTA ດຳເນີນຂັ້ນຕອນຕ່າງໆເພື່ອກວດສອບ ຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວ, ຕາມທີ່ເຫັນວ່າມີຄວາມຈຳເປັນ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຄຳຖະແຫຼງໃດໆໃນແບບຟອມສະໝັກນີ້ແມ່ນບໍ່ຖືກຕ້ອງ ຫຼື ບໍ່ມີຄວາມຈິງ ຫຼື ຖ້າເອກະສານສະໜັບສະໜູນໃດໜຶ່ງຖືກປອມແປງ,

ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງສູນເສຍສິດທິເພີ່ມເຕີມທີ່ມີໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າໂດຍໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ ແລະ ອາດຈະຖືກດຳເນີນຄະດີອາຍາຍ້ອນການສໍ້ໂກງ, ອີງຕາມກົດໝາຍຂອງລັດ Rhode Island.

ລາຍເຊັນ: _____

ວັນທີ: _____

ຂຽນຊື່: _____



ໃບຢັ້ງຢືນທາງການແພດກ່ຽວກັບຄວາມພິການ ໃບສະໝັກ ໂຄງການບັດໂດຍສານລາຄາຜ່ອນຜັນ

ຜູ້ໄດ້ລົງນາມຮັບຮອງດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ອໍ່ຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ:
 - ທ່ານໜ້າທີ່ມີໃບອະນຸຍາດ, ຊຳນານພິເສດກ່ຽວກັບ _____.
 - ນັກຈິດຕະວິທະຍາທີ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດ.
 - ຜູ້ຊ່ຽວຊານທາງດ້ານຄລິນິກພະຍາບານທາງຈິດທີ່ໄດ້ຮັບການຮັບຮອງ.
 - 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, ຍິນຍອມຮັບຜິດຊອບ ແລະ ຮັບການລົງໂທດຫາກສິ່ງທີ່ເວົ້າບໍ່ມີຄວາມຈິງ:

_____ ລາຍເຊັນຂອງແພດ

_____ ວັນທີ

_____ ຂຽນຊື່

_____ ປະເພດຂອງໃບອະນຸຍາດ ແລະ ໝາຍເລກ

_____ ທີ່ຢູ່ຫ້ອງການ

_____ ເປີໂທລະສັບຫ້ອງການ