



FORMULAIRE DE DEMANDE POUR SENIORS

Nom de Famille _____ Prénoms _____

Adresse _____

Ville _____ État _____ Code Postal _____

Date de Naissance _____ Numéro de téléphone _____ 4 derniers chiffres du SSN: _____

Vérification d'Age (obligatoire):

Veuillez fournir un des documents suivants:

- Carte Medicare Permis de Conduire Passeport
 Carte d'Identité Nationale Carte Verte/Documents de Citoyenneté

Vérification d'Identité (obligatoire):

Veuillez fournir un des documents suivants:

- Permis de Conduire Passeport Carte d'Identité Nationale
 Carte d'Ancien Combattant

Signature:

Je soussigné, atteste que les informations fournies sur cette demande sont vraies, et autorise RIPTA de procéder à leur vérification si besoin. Je suis conscient que si les déclarations fournies sur cette demande sont fausses ou inexactes ou si l'une des pièces jointes a été falsifiée, je perdrais les privilèges accordés par le Programme de Réduction de Tarif et m'exposerais à des sanctions pénales pour fraude, conformément à la Loi de l'Etat de Rhode Island.

Signature: _____ Date: _____

Nom en majuscules: _____