

致相关人士:

请看以下 ADA (美国残疾人保护法)辅助客运合格性的申请. 以下辅助客运系统（拨召）的合格性取决于以下标准。

1. 残疾是否阻碍该个人在某个出发站或目的站上下公交车？
2. 该个体是否能在车站搭乘和使用公交车？
3. 该个体是否能独立地识别目的地和下车？
4. 如果一段行程包括转车和联乘，线路之间的路程该个体是否能进入和通行？

如果您对美国残疾人保护法的申请过程有问题，请致电 CyRide 的运营总监助理 Rob Holm 515-292-1100。

请填写下表并返回至:

Ames Transit Agency (CyRide)  
601 N. University Blvd.  
Ames, IA 50010



## 美国残疾人法案辅助客运合格证书的申请

本证书申请获取的信息仅被艾姆斯运输机构作为运输服务条款使用。信息仅和以上地区帮助出行的运输商共享。该信息不会提供给任何个人或机构。

姓名\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_

市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

电话号码(家庭)\_\_\_\_\_ (工作)\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_ 社会安全号 # \_\_\_\_\_  
(选填)

是 什 么 残 疾 阻 碍 你 使 用 固 定 路 线 ？

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

该状况是暂时的吗?\_\_\_\_\_ 如果是, 预计持续至\_\_\_\_\_

上述残疾如何阻碍你使用固定路线服务?

请完整的阐述. 可以使用额外纸张如果需要的话.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

仅为办公使用

接收 \_\_\_\_\_ 批准/拒绝 \_\_\_\_\_

残疾人卡号 # \_\_\_\_\_ 过期日期 \_\_\_\_\_ PCA? \_\_\_\_\_

备注: \_\_\_\_\_

是否有我们需要了解的你的残疾的其他任何影响？

---

---

---

以下信息用来确保使用合适的交通工具，可以被艾姆斯运输机构准确的分析你的行程申请。

你使用以下辅助措施来移动吗？(选择所有适用的.)

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 手动轮椅    | <input type="checkbox"/> 电动轮椅          |
| <input type="checkbox"/> 电动滑板车   | <input type="checkbox"/> 手杖            |
| <input type="checkbox"/> 拐杖      | <input type="checkbox"/> 服务动物 (例如 导盲犬) |
| <input type="checkbox"/> 个人护理服务员 | <input type="checkbox"/> 其他辅助_____     |

当你使用交通工具出行时，你需要个人护理服务员吗？

- 是       否

残疾阻碍你在出发站或目的站上下车吗

- 是       否      有时候 \_\_\_\_\_

你可以在车站上车和使用公交车吗？

- 是       否       除非公交车配有轮椅升降设备

你可以独立的识别目的地和下车吗？

- 是       否       除非被教会识别某些车站

如果一段行程包括转车，你能决定使用哪个车站或中转运站吗？

- 是       否      有时候 \_\_\_\_\_

**合理调整申请 (可选填):** 请描述任何对 CyRide 的政策，条例或程序的调整以便你（残疾人士）获取 CyRide 的服务。（这些申请同样可以在拨召服务中提出）

---

---

---

如果该申请是有其他人而不是申请证书的本人填写，此人必须填写以下：

姓名\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_

市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

日间电话号码\_\_\_\_\_签字\_\_\_\_\_

办案员 (如果适用的话) \_\_\_\_\_

日间电话号码 \_\_\_\_\_

为了使得艾姆斯运输机构（CyRide）能够评估你的请求，可能需要联系医生或其它专业人士来确认你提供的信息。请填写以下信息和授权表格。

以下(选择一个):

医生

保健专业人员

康复专业人员

熟悉被授权给艾姆斯运输机构提供需要的信息以完成此证书\_\_\_\_\_

姓名\_\_\_\_\_

地址\_\_\_\_\_

市\_\_\_\_\_州\_\_\_\_\_邮编\_\_\_\_\_

日间电话号码\_\_\_\_\_签字\_\_\_\_\_

我证明此申请书中的信息是正确的。

签字\_\_\_\_\_日期\_\_\_\_\_