



合理调整申请

本程序获得的信息仅被艾姆斯运输机构作为运输服务条款来使用。信息仅和其他以上地区帮助出行的运输商共享。该信息不会提供给其它任何个人或机构。

姓名 _____

地址 _____

市 _____ 州 _____ 邮编 _____

电话号码 _____ 电邮 _____

请选择你需要的服务类型。

固定服务 (CyRide) _____ 拨召服务 (HIRTA) _____

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

仅作为办公使用

接收 _____ 回复 _____

批准/拒绝 _____ 名字的首字母 _____

备注: _____

请邮寄该表格至: CyRide, 1700 University Blvd, Ames, IA 50010