



MTD Use Only

Date Received: _____

Received By: _____

Santa Barbara Metropolitan Transit District Formulario de queja del Título VI

El Santa Barbara Metropolitan Transit District (MTD) está confiado a asegurarse de que no se excluye a ninguna persona de participación ni negado beneficios de sus servicios basado en raza, color o origen nacional, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 según enmendada.

Esta forma de queja debe ser entregada a: Santa Barbara Metropolitan Transit District, Attn: Título VI, 550 Olive Street, Santa Barbara, CA 93101. Si requiere asistencia para completar esta forma, favor de llamar al Gerente de Relaciones Humanas al (805) 963-3364. Formas de queja del Título VI deben ser llenadas dentro de 180 días de la alegada queja de discriminación.

Fecha de incidente alegado _____

Denunciante

| | |
|------------|--------------------------------|
| Su Nombre: | Numero de teléfono: |
| Dirección: | Ciudad, Estado y Código Postal |

Persona(s) que alega discriminación (si es/son) diferente al denunciante:

| | |
|------------|--------------------------------|
| Nombre: | Numero de Teléfono: |
| Dirección: | Ciudad, Estado y Código Postal |

¿Cual de los siguientes mejor describe la razón por la alegada discriminación?
(Circula uno)

- Raza
- Color
- Origen Nacional
- Inglés limitado

Utilice por favor la parte posterior de esta forma para describir la discriminación alegada. Explique qué sucedió y quién usted cree era responsable.

Santa Barbara Metropolitan Transit District Formulario de queja del Título VI (Continued)

Por favor describa la discriminación alegada. Explica qué pasó y quién crees que fue el responsable. Adjunte una hoja de papel adicional si es necesario.

¿Ha presentado una queja sobre la discriminación alegada ante otras agencias federales, estatales o locales? (Circula uno) sí/no

Si contesta sí, por favor indique la agencia o agencias y la información de contacto:

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Nombre de agencia | Numero de telefono: |
| Direccion: | Ciudad, Estado y Codigo Postal |

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| Nombre de agencia | Numero de telefono: |
| Direccion: | Ciudad, Estado y Codigo Postal |

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Escriba en letra de molde o a máquina el nombre del denunciante