



MTD Use Only	
Date Received:	_____
Received By:	_____

Santa Barbara Metropolitan Transit District Titular VI Forma De Queja

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, como comprobado por el Titulo VI de el acto de derechos civiles de 1964 según la enmienda prevista.

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

Fecha de alegado incidente _____

Denunciante

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

Persona(s) alegando la queja de discriminación si 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 (Circule 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 Title VI Complaint Form (Continued)

Describa por favor la discriminación alegada. Explique qué sucedió y quién usted cree era responsable. Ate una hoja adicional del papel si es necesario.

¿Usted ha archivado una queja con respecto a la discriminación alegada con otro federal, estado, o agencias locales? (Circular Uno) sí/no

Si contesto sí, por favor indique la agencia o las 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 la carga antedicha y que es verdad al mejor de mi conocimiento, información, y creencia.

Firma

Fecha:

Nombre de la persona archivando la queja