



ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ ТРАНСПОРТА ДЛЯ
УРБАНИЗИРОВАННОГО РЕГИОНА ФРЕНЧ БРОАД РИВЕР
(FRENCH BROAD RIVER MPO)
ДОБРОВОЛЬНЫЙ ВОПРОСНИК

Заполнять эту форму не обязательно. Вам не нужно предоставлять запрошенную информацию чтобы принять участие в общественном собрании.

Название собрания:	Дата (месяц/день/год):
Место где происходит:	
Номер проекта-TIP No. (если известно):	
Название/описание проекта или плана:	

Согласно требованиям Раздела VI Закона о гражданских правах 1964 года, Закона о восстановлении гражданских прав 1987 года, и согласно всем другим применимым федеральным и штатным законам и постановлениям, French Broad River MPO постановляет что каждый человек имеет равные права на доступ к программам, информации и службам организации вне зависимости от расовой/этнической принадлежности, цвета кожи, пола, возраста, национального происхождения или инвалидности.

Если вы заполните эту форму, это поможет нам выполнить наши обязательства по сборке информации и по участию граждан в планировании транспортной инфраструктуры, согласно Разделу VI Закона о гражданских правах 1964 года и согласно другим применимым законам. Пожалуйста заполните форму и опустите ее в отмеченный ящик на столе, передайте форму сотрудникам FBRMPO или пошлите форму по адресу: FBRMPO Title VI Coordinator, Land-of-Sky Regional Council, 339 New Leicester Hwy, Suite 140, Asheville, NC 28806.

Все формы будут сохранены в архивах FBRMPO.

Zip Код: _____	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
На какой улице вы живете: (например Main Street) _____	Возраст: <input type="checkbox"/> Меньше 18 <input type="checkbox"/> 45-64 <input type="checkbox"/> 18-29 <input type="checkbox"/> 65 и старше <input type="checkbox"/> 30-44
Годовой доход семьи: <input type="checkbox"/> меньше чем \$12,000 <input type="checkbox"/> \$47,000 – \$69,999 <input type="checkbox"/> \$12,000 – \$19,999 <input type="checkbox"/> \$70,000 – \$93,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 – \$30,999 <input type="checkbox"/> \$94,000 – \$117,999 <input type="checkbox"/> \$31,000 – \$46,999 <input type="checkbox"/> \$118,000 или больше	Есть ли у вас инвалидность: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Раса/этническая группа: <input type="checkbox"/> Белый <input type="checkbox"/> Черный/афро-американец <input type="checkbox"/> Азиат <input type="checkbox"/> Американский индеец/из Аляски <input type="checkbox"/> Выходец из Гавайи/тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Латиноамериканец <input type="checkbox"/> Другая группа (впишите): _____	Национальность: (если родились за пределами США) <input type="checkbox"/> Мексика <input type="checkbox"/> Из Центральной Америки: _____ <input type="checkbox"/> Из Южной Америки: _____ <input type="checkbox"/> Из Восточной Европы: _____ <input type="checkbox"/> Из Пуэрто Рико <input type="checkbox"/> Другая национальность (впишите): _____ _____

For more information regarding Title VI or this request, please contact the FBRMPO Title VI Coordinator at (828) 252-6622, or by email at mpo@landofsky.org. Спасибо за ваше участие!