



MPO FRENCH BROAD RIVER

SOLICITUD DE TÍTULO VI PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PÚBLICO

Completar esta solicitud es completamente voluntario. Usted no es requerido proveer la información pedida para participar en esta reunión.

Tipo de Reunión:	Fecha:
Ubicación:	
Número "TIP" (si se sabe):	
Nombre del Proyecto/Descripción:	

De conformidad con Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y autoridades relacionadas, la MPO French Broad River garantiza que ninguna(s) persona(s) deben ser excluidas de participar en, denegadas los beneficios de, ni sujeta a discriminación bajo cualquier de los programas MPO, pólizas o actividades, basada en su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, ingresos o género.

Completar esta solicitud nos ayuda cumplir con nuestras obligaciones de recaudar datos e involucrar al público bajo Título VI y NEPA, y puede ayudarnos a mejorar nuestros servicios para el público. Favor de poner la solicitud completada en la caja designada en la mesa de inscripción, entréguela al personal de FBRMPO o enviarla a: FBRMPO Title VI Coordinator, Land-of-Sky Regional Council, 339 New Leicester Hwy, Suite 140, Asheville, NC 28806.

Todas las solicitudes se quedarán en los archivos de las oficinas de FBRMPO como parte del récord público.

Código Postal: _____	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nombre de la Calle: (por ejemplo: Main Street) _____	Edad: <input type="checkbox"/> Menor de 18 <input type="checkbox"/> 45-64 <input type="checkbox"/> 18-29 <input type="checkbox"/> 65 y mayor <input type="checkbox"/> 30-44
Total de Ingresos del Hogar: <input type="checkbox"/> Menos de \$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 o más	Tiene Discapacidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otras islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificarlo): _____	Origen Nacional: (si nació afuera de los E.U.) <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Centroamericano: _____ <input type="checkbox"/> Sudamericano: _____ <input type="checkbox"/> Europeo del Este: _____ <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificarlo): _____

Para más información respecto al Título VI o esta petición, por favor contacte al FBRMPO Título VI Coordinador al (828) 252-6622, o por email al mpo@landofsky.org.

¡Gracias por su participación!