

Title VI Complaint Form



Simi Valley Transit (SVT) values you as a rider!

SVT is committed to responsive customer service and to operating its programs and services without regard to race, color, and national origin in accordance with Title VI of the Civil Rights Act.

Section I:				
Name:				
Address:				
Telephone (Home):			Telephone (Work):	
Electronic Mail Address:				
Accessible Format Requirements?	Large Print		Audio Tape	
	TDD		Other	
Section II:				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes*	No
*If you answered "yes" to this question, go to Section III.				
If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are complaining:				
Please explain why you have filed for a third party: _____				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Yes	No
Section III:				
I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):				
<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin				
Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____				
Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.				
_____ _____				
Section IV:				
Have you previously filed a Title VI complaint with this agency?			Yes	No

Title VI Complaint Form



CITY OF SIMI VALLEY

Section V:
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, check all that apply: <input type="checkbox"/> Federal Agency _____ <input type="checkbox"/> Federal Court _____ <input type="checkbox"/> State Agency _____ <input type="checkbox"/> State Court _____ <input type="checkbox"/> Local Agency _____
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
Name:
Title:
Agency:
Address:
Telephone:
Section VI:
Name of agency complaint is against:
Contact person:
Title:
Telephone number:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. If you have questions about this form or the complaint process, please call (805) 583-6739.

Signature and date required below.

Signature

Date

Please submit this form in person at the address below, or mail this form to:
Title VI Officer/Risk Manager
2929 Tapo Canyon Road
Simi Valley, CA 93063

Título VI Queja Forma



¡Simi Valley Transito (SVT) te valora como pasajero!

SVT se compromete a responder al servicio al cliente y a operar sus programas y servicios sin tener en cuenta la raza, el color y el origen nacional de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Numero de teléfono (Casa):		Numero de teléfono (Trabajo):	
Dirección de su correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra Grande		Cinta de audio
	TDD		Otro
Sección II:			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		Si*	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:			
Por favor, explique por qué ha solicitado un tercero: _____			
Por favor, confirme que ha obtenido el permiso Del agraviado sí está presentando en nombre de un tercero.		Si	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (comprobar todo lo que corresponda):			
[] Raza [] Color [] Origen Nacional			
Fecha de supuesta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que le discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario. _____ _____			
Sección IV:			
¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante esta agencia?		Si	No

Título VI Queja Forma



CITY OF SIMI VALLEY

Sección V:
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, compruebe todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
Sección VI:
El nombre de la agencia de la cual la queja es contra:
Persona de contacto:
Título:
Numero de Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante para su queja. Si tiene preguntas sobre este formulario o el proceso de reclamación, llame al (805) 583-6739.
Firma y fecha requeridas a continuación

Firma y fecha requeridas a continuación.

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la siguiente dirección, o envíe este formulario por correo a:
Oficial del Título VI/ Administrador de Riesgos
2929 Tapo Canyon Road
Simi Valley, CA 93063