



## Formulario de Denuncias del Título VI

(Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al presunto acto de discriminación.)

<b>Sección I</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):		
Dirección de correo electrónico:				
Requisitos de formato accesible	Letra Grande <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TTY <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otra <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Sección II</b>				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No	
* - Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, vaya a la Sección III				
Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona para quien presenta esta queja.				
Por favor explique por qué presenta la solicitud en nombre de esta persona				
Confirme que ha obtenido el permiso del demandante si presenta la queja en su nombre.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Sección III</b>				
Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad		
Fecha de la presunta discriminación:				

Por favor, explique lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Si conoce el nombre y la información de contacto de la persona que cree que lo discriminó, inclúyalo aquí. También incluya el nombre de cualquier testigo.

**Sección IV**

¿Ha presentado previamente una queja del Título VI ante Torrance Transit System?  
 Sí       No

¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?	<input type="checkbox"/> Agencia Federal	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal
	<input type="checkbox"/> Tribunal Federal	<input type="checkbox"/> Agencia Local
	<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal	

Adjunte cualquier material escrito adicional o información que crea que pueda ser relevante para su queja.

Nombre/Firma

Fecha:

**Por favor envíe su formulario completo a:**

Torrance Transit System  
20500 Madrona Avenue  
Torrance, CA 90503  
Attn: Administration Manager

**O puede enviar su formulario por:**

Fax: (310) 618-6229  
Email: [Transit@TorranceCA.GOV](mailto:Transit@TorranceCA.GOV)