



# Metro

## Formulario de Denuncia de Derechos Civiles

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y estatutos y reglamentos relacionados con la no discriminación requieren que ninguna persona en los Estados Unidos, por motivo de raza, color u origen nacional, sea excluida de participación, le sean negados beneficios o sea sujeta a discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal. Además del Título VI, Metro también prohíbe la discriminación basada en sexo, edad, discapacidad, religión, condición médica, estado civil u orientación sexual.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su denuncia. Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor contáctenos.

Complete y envíe este formulario a: Metro Customer Relations, Los Angeles County Metropolitan Transportation Authority, 1 Gateway Plaza, Los Angeles, CA 90012.

1 Nombre del denunciante: \_\_\_\_\_

2 Domicilio: \_\_\_\_\_

3 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

4 Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

5. Persona que sufrió la discriminación (si es diferente a la persona que presenta la denuncia):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor la razón por la cual usted cree que ocurrió la discriminación? Fue debido a su:

a. Raza

c. Origen Nacional

e. Edad

b. Color

d. Sexo

f. Discapacidad

g. Religión

h. Condición médica

i. Estado civil

j. Orientación sexual



# Metro

7. ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_
8. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quién considera usted que fue responsable. Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

---

---

---

---

9. ¿Ha presentado usted esta denuncia a otra agencia federal, estatal o local?; ¿o a alguna corte federal o estatal? Sí:  No:

En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda:

Agencia Federal  Corte Federal  Agencia Estatal   
Corte Estatal  Agencia Local

10. Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia o corte donde se presentó la denuncia.

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

11. Por favor, firme abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su denuncia.

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante

\_\_\_\_\_  
Fecha