

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas

I. Datos del/la solicitante • II. Tipo y Datos de la víctima (pág. 1 de 5)

El presente *Formato Único de Declaración* es el medio para tramitar el ingreso de las personas en situación de víctima al Registro Nacional de Víctimas. La información contenida en el presente FUD incluye datos personales sensibles por lo que éstos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable. La tramitación del FUD es totalmente gratuita.

Lugar y fecha de la solicitud	Lugar	DD/MM/AAAA
-------------------------------	-------	------------

I. DATOS DEL/LA SOLICITANTE

La presente solicitud se realiza por:

A	B	C	D
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VÍCTIMA -Directa, Indirecta o Potencial- <i>(Continuar en II.)</i>	Víctima a través de familiar o persona de confianza*	Servidor/a público/a o autoridad**	Representante legal <i>(Continuar en II. y llenar Anexo Único)</i>

Nombre (s)			
Primer apellido			
Segundo apellido			
Parentesco/relación afectiva *			
Cargo **			
Dependencia o institución **			
Teléfono móvil		Teléfono fijo	
Correo electrónico			
Otros datos de contacto			

NOTA: Este apartado se deberá requisitar cuando el formato sea llenado por B o C y posteriormente continuar en II.

II. TIPO Y DATOS DE LA VÍCTIMA

<input type="radio"/> Directa	<input type="radio"/> Indirecta	<input type="radio"/> Potencial
-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Nombre (s)			
Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Otro
Nacionalidad		CURP	
Lugar de nacimiento	a) País	b) Entidad federativa	
	c) Delegación o municipio	d) Población o comunidad	
Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Unión libre		
DOMICILIO DE CONTACTO DEL SOLICITANTE		<input type="radio"/> Concubinato <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/>	
Calle		Número exterior	Número interior
Código postal	Colonia		
Localidad		Delegación o municipio	
Entidad federativa		Teléfono	

NOTA: En caso de requerir que las notificaciones relacionadas con el presente Formato se realicen en un domicilio distinto al anteriormente señalado o , o medio diverso al correo certificado, favor de proporcionar los datos mediante el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO.



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

CEEAI
Comisión Ejecutiva Estatal de
Atención Integral a Víctimas



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas

III. Relación de la víctima indirecta con la víctima directa • IV. Identificación de la víctima • V. Lugar, fecha y relato de los hechos victimizantes (pág. 2 de 5)

III. RELACIÓN DE LA VÍCTIMA INDIRECTA CON LA VÍCTIMA DIRECTA

En caso de ser víctima indirecta, proporcione nombre completo de la víctima directa	Relación con la víctima directa. <i>Conteste: ¿Qué soy de la víctima directa?</i>
1.	
2.	
3.	

IV. IDENTIFICACIÓN DE LA VÍCTIMA						
Se deberá anexar al presente Formato, copia de la identificación de la víctima. En caso de manifestar no contar con ella en este momento, la identificación deberá ser remitida a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas con posteridad.	Cartilla del servicio militar	<input type="radio"/>	Credencial oficial expedida por el IMSS o ISSSTE	<input type="radio"/>	Tarjeta de residencia temporal	<input type="radio"/>
	Pasaporte	<input type="radio"/>	Certificado o constancia de estudios	<input type="radio"/>	Tarjeta de residencia permanente	<input type="radio"/>
	Cédula profesional	<input type="radio"/>	Constancia de residencia expedida por autoridad local	<input type="radio"/>	Credencial de elector	<input type="radio"/>
	Otro documento oficial	<input type="radio"/>	Indique cuál			
	¿Presenta identificación? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Número del documento probatorio:			

V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS

Calle		Número exterior		Número interior	
Código postal		Colonia			
Localidad		Delegación o municipio			
Entidad federativa		Fecha			

En caso de no conocer todos los datos sobre el lugar donde ocurrieron los hechos victimizantes, favor de proporcionar los que conozca y utilice esta casilla para agregar otros datos de ubicación

RELATO DE LOS HECHOS

Por favor relate las circunstancias de modo, tiempo y lugar, antes, durante y después de los hechos victimizantes. En caso de contar con alguna constancia o documento ministerial, jurisdiccional o de organismos nacionales o internacionales de derechos humanos en donde se dé cuenta del mismo, anexarlo al presente formato. En caso de que los hechos victimizantes atenten contra derechos colectivos, favor de referirlo.

NOTA: En caso de requerir más espacio para relatar los hechos delictivos o la violación a derechos humanos, por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

CEEAI
Comisión Ejecutiva Estatal de
Atención Integral a Víctimas



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO.

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas

VI. Observaciones preliminares del/a servidor/a público/a que llena el formato VII. Autoridades que han conocido de los hechos victimizantes (pág. 3 de 5)

VI. OBSERVACIONES PRELIMINARES DEL/LA SERVIDOR/A PÚBLICO/A O AUTORIDAD QUE LLENA EL FORMATO

Tipo de daño sufrido <i>Señale los que apliquen ►</i>	<input type="radio"/> Físico	<input type="radio"/> Psicológico	<input type="radio"/> Patrimonial	<input type="radio"/> Sexual	<input type="radio"/> Otro
Este campo es para uso exclusivo de las autoridades en el caso de que participen con la víctima en el llenado del FUD:					

NOTA: En caso de requerir más espacio para aportar observaciones de la autoridad que llena el FUD por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

VII. AUTORIDADES QUE HAN CONOCIDO DE LOS HECHOS

INVESTIGACIÓN MINISTERIAL		¿Denunció ante el Ministerio Público?		<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Fecha	DD/MM/AAAA
Competencia	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Local	Entidad federativa					
Delito							
Agencia MP*		A. P./C. I./A. C.**					
Estado de la investigación							

MP = Ministerio Público. * A. P. = Averiguación previa ; C. I.= Carpeta de investigación, y A. C. = Acta circunstanciada.

PROCESO JUDICIAL		Fecha de inicio del proceso judicial		DD/MM/AAAA
Competencia	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Local	Entidad federativa		
Delito				
Número de juzgado		Número de proceso		
Estado del proceso judicial				

PROCEDIMIENTOS ANTE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS					
¿Presentó queja, petición u otro tipo de solicitud ante organismo de DD. HH.?			<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	DD/MM/AAAA
Competencia	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Internacional	Organismo			
Violación a DD. HH.					
Autoridad responsable					
Tipo de resolución	<input type="radio"/> Recomendación	<input type="radio"/> Conciliación	<input type="radio"/> Medidas precautorias	<input type="radio"/> Otra	
Folio	Estado actual				

OTRA AUTORIDAD	
-----------------------	--

NOTA: En caso de requerir más espacio para proporcionar información de este apartado, por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO.

Comisión Ejecutiva Estatal
de Atención Integral a Víctimas

VIII. Hoja de Firmas (pág. 4 de 5)

La presente solicitud de registro se suscribe por:

A Víctima –directa, indirecta o potencial- **B** Familiar o persona de confianza

Una vez que me fue leído el contenido del presente FUD, manifiesto no poder o saber firmar por lo que sólo imprimo mis huellas dactilares →

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y HUELLAS DACTILARES DEL/LA SOLICITANTE

Mano izquierda

Mano derecha

Huella dactilar de índice o pulgar

Opcional. Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:

C Servidor/a público/a o autoridad

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

de la dependencia o institución

D Representante legal de la víctima

NOMBRE COMPLETO y FIRMA

Nota: En caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 101, fracción I, 102 p. 4to de la Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz, se deberá anexar a la presente solicitud el Anexo Único "Formato de inscripción en el Padrón de Representantes".

El presente Formato Único de Declaración se requisitó/completó con el apoyo de personal de la CEEAIV que se detalla a continuación

1

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

2

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

Sello de la CEEAIV



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

CEEAIV
Comisión Ejecutiva Estatal de
Atención Integral a Víctimas



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO.

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas

IX. Términos y condiciones (pág. 5 de 5)

Homoclave del formato	Fecha de publicación
FF-CEAV-iii	

IX.1 Documentación para la tramitación del Formato Único de Declaración:

- Para la inscripción de víctimas en el Registro Estatal de Víctimas (REV) se deberá anexar al presente formato, o remitir a las oficinas del CEEAIV, copia simple de la información que permita verificar la identidad jurídica de la víctima— directa, indirecta o potencial- y del/la solicitante, cuando la solicitud la realice la víctima a través de un familiar o persona de confianza, de conformidad con lo siguiente:

Para mexicanos/as: (i) Acta de nacimiento; (ii) Carta de naturalización, en caso de personas nacionalizadas como mexicanas, o (iii) Certificado de nacionalidad mexicana. Adicionalmente, con objeto de verificar la identidad de la persona, deberá adjuntarse copia de uno de los siguientes documentos como medio de identificación: (i) Cartilla del Servicio Militar Nacional; (ii) Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores; (iii) Cédula Profesional; (iv) Certificado de estudios con fotografía; (v) Credencial oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social; (vi) Credencial oficial del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; (vii) Constancia de residencia emitida por la autoridad del lugar donde reside el interesado; (viii) Credencial de Elector, o (ix) Algún otro medio reconocido por el estado Mexicano para acreditar la identidad de las personas. En caso de menores de edad que no cuenten con un medio de identificación oficial, para los efectos del Formato Único de Declaración, la identidad jurídica se podrá corroborar anexando al FUD, copia de acta de nacimiento y CURP del menor, del padre y madre.

Para extranjeros/as: Tarjeta de residencia temporal o permanente vigente, o constancia consular. En el caso de migrantes irregulares o indocumentados, se deberá aportar la documentación con que se cuente.

En caso de que se cuente con algún documento que acredite la Calidad de Víctima de quien solicita el registro, deberá anexarse al Formato Único de Declaración.

- Para la inscripción de víctimas indirectas será necesario contar con el Formato Único de Declaración de la Víctima Directa, además, las víctimas indirectas deberán aportar los documentos probatorios que permitan acreditar su identidad, parentesco o relación con la víctima directa de conformidad con lo señalado por los artículos 4 de la Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz-Llave.
- En caso de solicitudes tramitadas por el/la representante legal de las víctimas, se deberá anexar, en adición a los medios de identificación previamente señalados, el *Formato de Inscripción al Padrón de Representantes*.
- Los requisitos y documentos señalados no limitan la facultad del Registro Estatal de Víctimas de requerir al solicitante cualquier otro medio de identificación o documento.

Nota: *Con la finalidad de agilizar el llenado y tramitación del presente *Formato Único de Declaración* será recomendable que se aporten todos los elementos adicionales de información que se tengan, relacionados con: (i) La investigación ministerial; (ii) El proceso judicial, y/o (iii) La queja, recomendación o conciliaciones ante organismos de protección de derechos humanos, nacionales o internacionales, según sea el caso. **Se podrá cancelar la inscripción en el Registro cuando la CEEAIV encuentre que la solicitud de registro es contraria a la verdad respecto de los hechos victimizantes de tal forma que sea posible colegir que la persona no es víctima. La cancelación del registro se tramitará en términos del artículo 107 de la Ley de Víctimas para el estado de Veracruz-Llave, sin perjuicio de que la CEEAIV pueda formular la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes. La CEEAIV podrá verificar en cualquier momento el contenido del Formato Único de Declaración y sus anexos.

IX.2 Tratamiento de datos personales:

La información contenida en el presente *Formato Único de Declaración* incluye datos personales sensibles por lo que estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable. Los datos personales contenidos en el presente Formato serán utilizados por la CEEAIV para las siguientes finalidades: (i) Dar trámite a la solicitud de ingreso al Registro Estatal de Víctimas; (ii) Velar por su protección y proporcionar ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley de Víctimas para el estado de Veracruz-Llave, y (iii) Con fines estadísticos, en cuyo caso serán previamente disociados. Además, los datos personales únicamente podrán ser proporcionados a las instituciones y autoridades competentes de acuerdo con lo estrictamente señalado por la normatividad aplicable en materia de protección de datos personales.

Las personas solicitantes o representantes legales debidamente acreditadas podrán ejercer sus derechos de acceso y corrección de datos personales ante la CEEAIV.

IX.3 Presentación y notificaciones

Unidad Administrativa responsable del Trámite: El Registro Estatal de Víctimas, es la Unidad Administrativa al interior de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas, encargada de dar trámite al Formato Único de Declaración, recepcionando el mismo en días y horas hábiles.

IX.4 Información del Trámite

La tramitación del *Formato Único de Declaración* es totalmente gratuita; ninguna persona puede solicitarle contraprestación o emolumento por ésta.

Vigencia del trámite: El presente trámite no está sujeto a vigencia.

Fundamento jurídico. Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz-Llave, artículos 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107 y 108.

Este Formato Único de Declaración es de distribución gratuita, se autoriza su libre reproducción siempre que no se altere su contenido. El Formato Único de Declaración estará disponible para ser consultado y descargado en la página institucional de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas: www.ceeaiiv.gob.mx.

Al presente *Formato Único de Declaración* se acompaña:

Hojas de información complementaria de: a) Relato de los hechos; b) Observaciones de la autoridad que llena el FUD, c) Autoridades que han conocido de los hechos, y d) Domicilio para oír y recibir notificaciones.



Hoja de "Información complementaria de la víctima"



Anexo Único "Formato de Inscripción al Padrón de Representantes"



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

CEEAIIV
Comisión Ejecutiva Estatal de
Atención Integral a Víctimas



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas

Información complementaria de la persona víctima

La información contenida en el presente documento incluye datos personales sensibles por lo que estos serán tratados como confidenciales de conformidad con lo dispuesto en la normatividad aplicable.

El presente documento tiene la finalidad de conocer características particulares y condiciones que pudieran suponer mayor vulnerabilidad para las víctimas en razón de su edad, género, preferencia u orientación sexual, identidad o expresión de género, pertenencia a un pueblo o comunidad indígena, condición de discapacidad y otros para contar con información útil para brindar atención especializada

1	¿Es niña/o o adolescente?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Nombre del tutor/a				
	Datos de contacto del tutor/a						
2	¿Es persona adulta mayor?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	3	¿Se encuentra en situación de calle?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
4	¿Tiene condición de discapacidad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo	<input type="radio"/> Física	<input type="radio"/> Mental	<input type="radio"/> Intelectual	<input type="radio"/> Visual <input type="radio"/> Auditiva
Grado de dependencia		<input type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Severa		<input type="radio"/> Gran dependencia		
5	¿Es migrante?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	País de origen	País de destino			
6	¿Habla español?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Requiere traductor/a?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Indique a qué idioma o lengua		
7	¿Pertenece a población/comunidad indígena?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿A cuál?				
8	¿Refugiado/a?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?	Indique qué trámites ha iniciado			
	¿Es asilado/a político/a ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
9	¿Es defensor/a de derechos humanos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Pertenece a una institución?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
	¿Tipo de institución?	<input type="radio"/> Federal	<input type="radio"/> Sociedad civil	<input type="radio"/> Religiosa			
		<input type="radio"/> Estatal	<input type="radio"/> Asistencia privada	<input type="radio"/> Internacional			
Otra		Indique					
10	¿Es periodista?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tipo de medio informativo?				
	¿Nombre del medio informativo?						
11	¿Fue desplazado/a dentro del país o estado por condiciones de violencia?				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Entidad de salida		Entidad receptora					
12	Considera que el hecho victimizante se debió a:			<input type="radio"/> Religión o creencias	<input type="radio"/> Preferencia u orientación sexual		
	<input type="radio"/> Identidad o expresión de género	<input type="radio"/> Sexo	<input type="radio"/> Raza	<input type="radio"/> Otro			
13	Información de violencia contra las mujeres			Psicológica <input type="radio"/>	Física <input type="radio"/>	Económica <input type="radio"/>	Patrimonial <input type="radio"/>
	<input type="radio"/> Sexual	<input type="radio"/> Obstétrica	<input type="radio"/> Femicida	<input type="radio"/> Otro			

NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado el DD/MM/AAAA

por _____



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

CEEAI
Comisión Ejecutiva Estatal de
Atención Integral a Víctimas



Contacto:
Calle Veracruz 44, Fraccionamiento Pomona
C.P. 91040, Xalapa, Veracruz
Tel. (228) 817-23-41, 841-98-65 y
841-58-94

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO.