

SOLICITUD DE APOYO PARA TRASLADOS

LUGAR DE LA SOLICITUD

FECHA		
DD	MM	AAAA

Datos generales de la víctima		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
No. de Registro de Víctimas		

Motivo por el cual solicita el apoyo para el traslado	
Banco	
No. de cuenta	
Clabe Interbancaria	

Firma de la víctima	Sello

Por medio del presente manifiesto, mi voluntad para que la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas pague directamente al(los) prestador(es) de servicios del traslado, en mi nombre y representación, los montos que se generen con motivo del mismo.

ACEPTO

Manifestación de solicitud de pago (opcional)

DATOS PARA TRASLADO

ORIGEN	DESTINO

FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	DURACIÓN

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	MONTO SOLICITADO
HOSPEDAJE		
ALIMENTACIÓN		
TRANSPORTACIÓN TERRESTRE		
TRANSPORTACIÓN AÉREA		
TRANSPORTACIÓN LOCAL		
GASOLINA		
PEAJES		

ELABORÓ	AUTORIZÓ