

FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO A LOS RECURSOS DE AYUDA

| LUGAR DE LA SOLICITUD |
|-----------------------|
| |

| FECHA DE LA SOLICITUD |
|-----------------------|
| DD MM AAAA |

I. Datos generales de la víctima (directa o indirecta)

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre(s) |
|-----------------|------------------|-----------|
| | | |

Domicilio y, en su caso, correo electrónico, para oír y recibir notificaciones

| | |
|--|-----------------------------------|
| Calle | Código Postal |
| Colonia | Número Exterior Número Interior |
| Municipio | Localidad |
| Estado | Teléfono(s) |
| Correo electrónico (opcional) | |
| Número de Registro Estatal de Víctimas | |

II. Concepto de ayuda que requiere

() Reembolso () Anticipo

| | | | |
|--|---|--|---|
| Material médico quirúrgico, prótesis, instrumentos o aparato para movilidad | Medicamentos | Alojamiento y/o alimentación | Apoyos de traslados |
| | Honorarios médicos | Ayuda alimentaria | |
| Servicio de análisis médicos, laboratorio e imágenes diagnósticas | Hospitalización | Beca de estudio en instituciones públicas para educación básica, media superior o superior | Publicación de edictos en procesos jurisdiccionales |
| | Transporte médico | | |
| Atención médica, psicológica o acompañamiento psicosocial | Atención de salud mental | Gastos funerarios y/o traslado de cuerpo | Contratación de expertos independientes o peritos |
| Servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción voluntaria de embarazo | Servicios de asistencia médica preoperatoria, quirúrgica, hospitalaria y odontológica | Exámenes periciales dentro del proceso penal o que contribuyan al mejor desarrollo de las exhumaciones | Servicios de exhumación |
| Atención para los derechos sexuales y reproductivos | | | Material o instrumentos para exhumaciones en fosas clandestinas |
| Atención materno-infantil incluyendo programas de nutrición | Servicios odontológicos reconstructivos | Otros (especificar) | |

En caso de resultar procedente la solicitud, manifieste si solicita que el pago por reembolso se realice a Usted, o si en su nombre y representación se efectúe a favor de prestador de bienes y servicios, y, de ser necesario, indique nombre, razón o denominación, y datos de contacto del tercero a pagar, de conformidad con el numeral 12 de las Reglas de Operación para el Funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

En caso de resultar procedente la solicitud, manifieste si solicita que el pago se efectúe a alguna persona física o moral y de ser el caso, indique nombre, razón o denominación, y datos de contacto del tercero, de conformidad con el numeral 13 de las Reglas de Operación para el Funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.

III. Documentación que se presenta como soporte de la solicitud

(marcar el o los que se apliquen en su caso)

| | | |
|----|---|--|
| 1. | Facturas, tickets, notas de remisión, etcétera. | |
| 2. | Para conceptos médicos: Original de constancia, diagnóstico médico o dictamen médico especialista, que se indique las afectaciones sufridas, secuelas, tratamiento y demás necesidades que requiera la persona víctima para su recuperación. | |
| 3. | Para alojamiento y alimentación: Facturas o comprobantes de los gastos realizados por el concepto, en forma mensual. | |
| 4. | Para becas, comprobante de inscripción al ciclo escolar; sujetándose a las Reglas de Operación. | |
| 5. | Para traslados, la documentación requerida conforme a las Reglas de Operación. | |

IV. Del acceso a los recursos federales, estatales o municipales

En el caso de que haya solicitado y/o recibido servicios, apoyos económicos por parte de otras instituciones, dependencias, entidades, fondos, fideicomisos o programas gubernamentales o de la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal, por los mismos conceptos por los que se presenta esta solicitud, indique:

| | |
|--|--|
| Institución, dependencia, entidad, fondo, fideicomiso o programa | |
| Tipo y monto del servicio o apoyo recibido: | |
| Fecha en que se recibieron (DD/MM/AAAA): | |

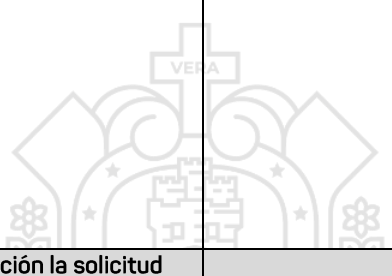
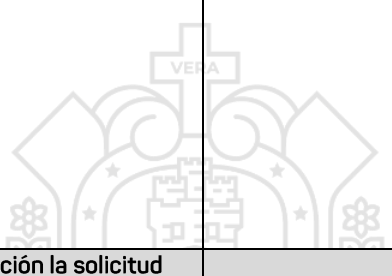
V. Generales

| | |
|--|---|
| Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que he recibido algún tipo de servicio o apoyo económico por parte de otras instituciones, dependencias, entidades, fondos, fideicomisos o programas gubernamentales de la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal, por los mismos conceptos por los que se presenta esta solicitud | SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>) |
| Quedo enterada(o) que, en el caso de que me brinden anticipo de gastos, tengo la obligación de efectuar la comprobación de los mismos, en el transcurso de los 30 días naturales posteriores a la fecha de la entrega de los recursos, conforme lo dispuesto en la Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, así como en las Reglas de Operación y Lineamientos para el funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral | SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>) |

VI. Firmas

| | |
|--|--|
| Nombre, Firma (Huella dactilar en caso de no saber leer) | Nombre y firma del apoderado legal o representante |
| | |

USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS

| | |
|--|--|
|  |  |
| Nombre, cargo y firma del servidor público que atención la solicitud | Fecha y sello de la recepción |

VII. Consideraciones para el llenado de la solicitud

Tratamiento de datos personales: La información contenida en el presente Formato de Solicitud de Acceso a los Recursos del Fondo de Ayuda, incluye datos personales sensibles por lo que éstos 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 dar trámite a la solicitud de Acceso a los Recursos de Ayuda con fundamento en la Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz, 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.

Este formato deberá presentarse debidamente firmado en las oficinas de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas, ubicadas en la calle Veracruz número 44 del fraccionamiento Pomona, C.P. 91040, en la ciudad de Xalapa, Veracruz, en días hábiles de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 horas, ante las áreas de Atención Inmediata y Primer Contacto y/o Asesoría Jurídica Estatal.

Información

La tramitación del Formato de Solicitud de Acceso a los Recursos de Ayuda es totalmente GRATUITA; ninguna persona puede solicitar contraprestación o emolumento por ésta, en caso de que así sea, deberá presentar la queja en la CEEAIV.

Tiempo de respuesta: Máximo tres meses; para esta solicitud no aplica la afirmativa ficta.

Documentación requerida

- Copia de la identificación oficial del apoderado legal o representante y del documento con el cual acredita su personalidad.
- Tratándose de representantes de víctimas menores de edad, para acreditar su personalidad y representación del menor se deberá presentar la documentación que establece el numeral 64 de las Reglas de Operación para el Funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral.
- En el caso de la representación legal o tutela de las personas con discapacidad, se debe contar con la documentación que determine la misma de conformidad con la legislación aplicable.
- Para la entrega de recursos, en caso de declararse procedente, el solicitante deberá presentar los documentos que establece el numeral 57 de las Reglas de Operación para el Funcionamiento del Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral: Formatos de Datos bancarios para depósitos de recursos y Aviso de Privacidad.
- La documentación que se presente como soporte de la solicitud deberá ser en copia, con excepción de los recibos o facturas y demás documentos que sustentan el gasto, que deberán presentarse en original y quedarán en propiedad y resguardo de la CEEAIV.
- Si en el análisis de la solicitud, la CEEAIV requiere aclarar detalles, o información específica, esta situación se comunicará al solicitante en un plazo no mayor a 2 días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud, quien tendrá 5 días hábiles para hacer la aclaración o remitir la documentación o información requerida que sustente lo indicado, lo cual interrumpirá y prorrogará por el mismo tiempo, el plazo máximo de atención de la solicitud.
- En caso de que el solicitante no cumpla o entregue la información y/o documentación requerida en un plazo máximo de 5 días hábiles contados a partir de que surta efectos la notificación del requerimiento correspondiente, el trámite será desechado. Contra dicha decisión procederá el recurso de reconsideración, según la Ley.

Los documentos oficiales que presenten alteraciones, raspaduras o enmendaduras no tendrán validez alguna