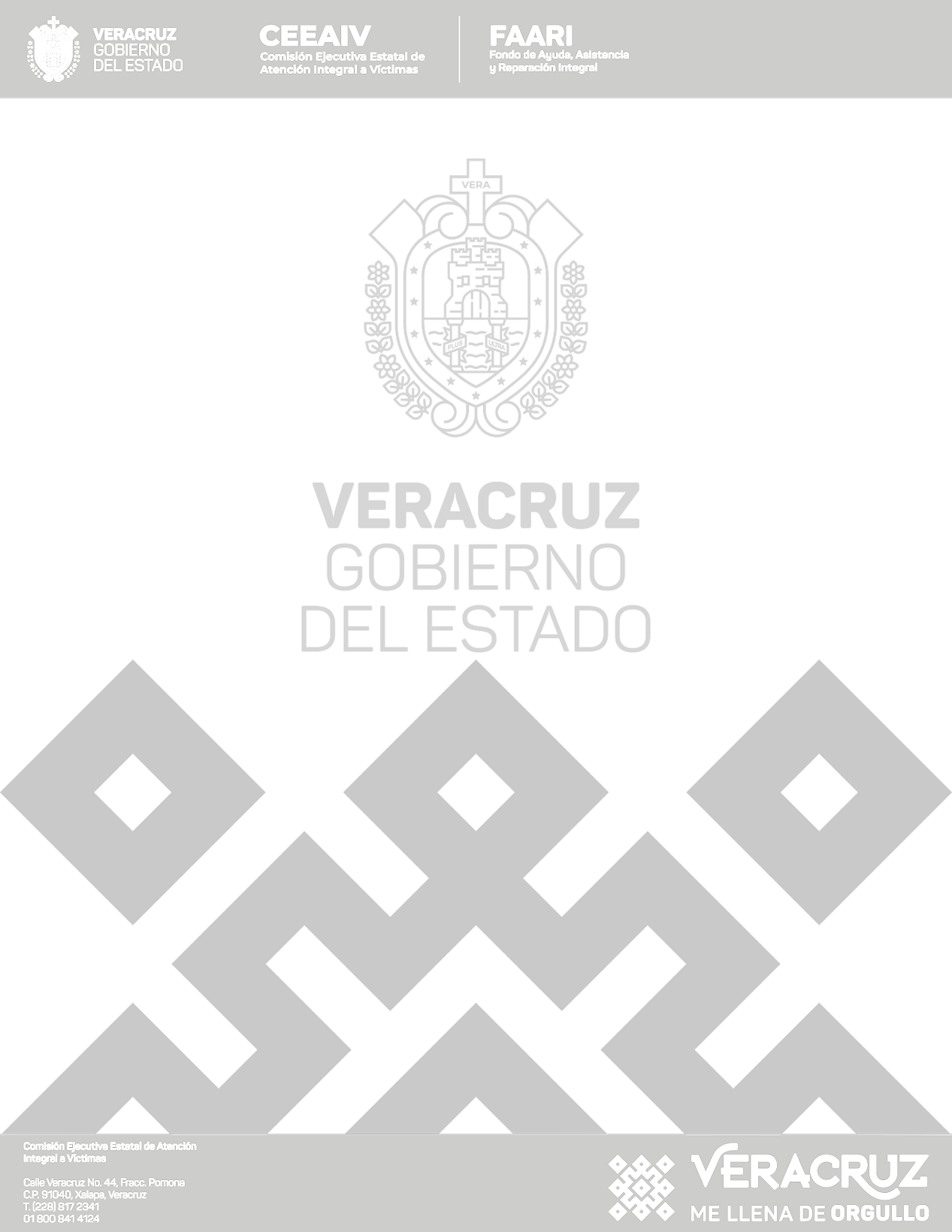
**I. Datos del/la solicitante II. Tipo y Datos de la víctima (pág. 1 de 5)**

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 | ${variable} | ${fecha} |
| **I. DATOS DEL/LA SOLICITANTE** | | |

B

C

D

**La presente solicitud se realiza por:**

Víctima a través de

familiar o persona de

confianza\*

Servidor/a público/a o

autoridad \*\*

Representante legal

(Continuar en II. y llenar Anexo Único)

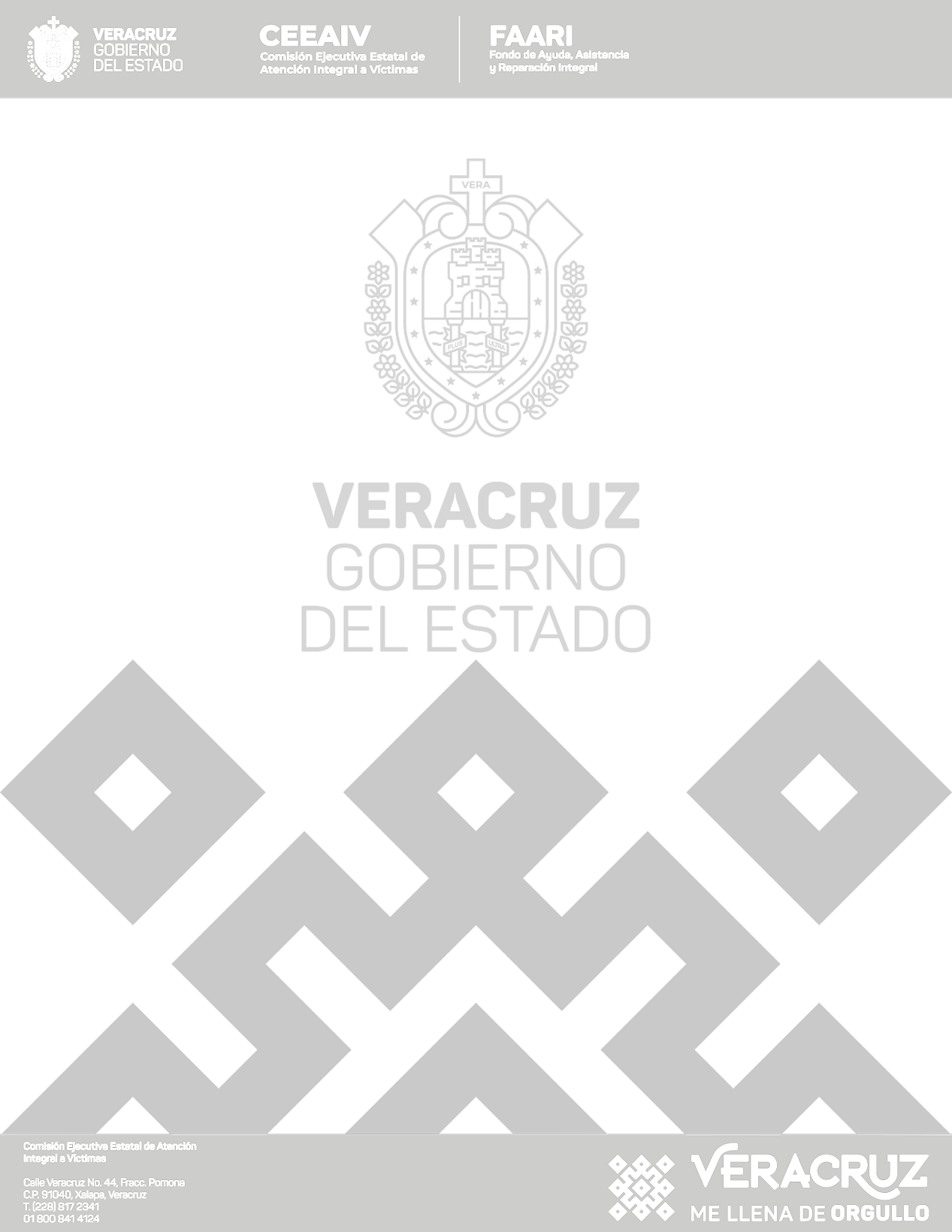
**VÍCTIMA** - Directa, Indirecta o Potencial- (Continuar en II.)

A

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **${nombres}** | | | |
| **Primer apellido** | **${primer\_apellido}** | | | |
| **Segundo apellido** | **${segundo\_apellido}** | | | |
| **Parentesco/relación afectiva \*** | | **${parentesco}** | | |
| **Cargo \*\*** | **${cargo}** | | | |
| **Dependencia o institución \*\*** | | **${dependencia}** | | |
| **Teléfono móvil** | **${trlrfono}** | | **Teléfono fijo** |  |
| **Correo electrónico** | **${correo\_electronico}** | | | |
| **Otros datos de contacto** | | **${otros\_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** | Directa | Indirecta | Potencial |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre (s)** | **${nombres\_victima}** | | | | | | | |
| **Primer apellido** | **${primer\_apellido\_victima}** | | | **Segundo apellido** | | **${segundo\_apellido\_victima}** | | |
| **Fecha de nacimiento** | | **${fecha\_nacimiento\_victima}** | | **Sexo** | Hombre | | Mujer | Otro |
| **Nacionalidad** | **${nacionalidad\_victima}** | | | **CURP** | **${curp\_victima}** | | | |
| **Lugar de nacimiento** | | **a) País** | | | **b) Entidad federativa** | | | |
| **c) Delegación o municipio** | | | **d) Población o comunidad** | | | |
| **Estado Civil** | Soltero/a  Casado/a | | | **Otros:**  Divorciado/a  Concubinato  Viudo/a  Separado/a  Unión libre | | | | |
| **DOMICILIO DE CONTACTO DEL SOLICITANTE** | | | |
| **Calle** |  | | | **Núm. Exterior** |  | | **Núm. interior** |  |
| **Código posta** |  | | **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 señalad o, o medio diverso al correo certificado, favor de proporcionar los datos mediante el formato (“INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA”)** | | | | | | | | |

**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.**  Conteste: ¿Qué soy de la víctima directa? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

SI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. IDENTIFICACIÓN DE LA VÍCTIMA** | | **Cartilla del servicio militar** | **Credencial oficial expedida por**  **el IMSS o ISSSTE** | **Tarjeta de residencia**  **témpora** |
| 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. | | **Pasaporte** | **Certificado o constancia de Estudios** | **Tarjeta de residencia permanente** |
| **Cédula profesional** | **Constancia de residencia**  **expedida por autoridad local** | **Credencial de**  **elector** |
| **Otro documento oficia** | **Indique Cuál** | |
| **¿Presenta identificación?** | NO | **Número del documento probatorio:** |  | |

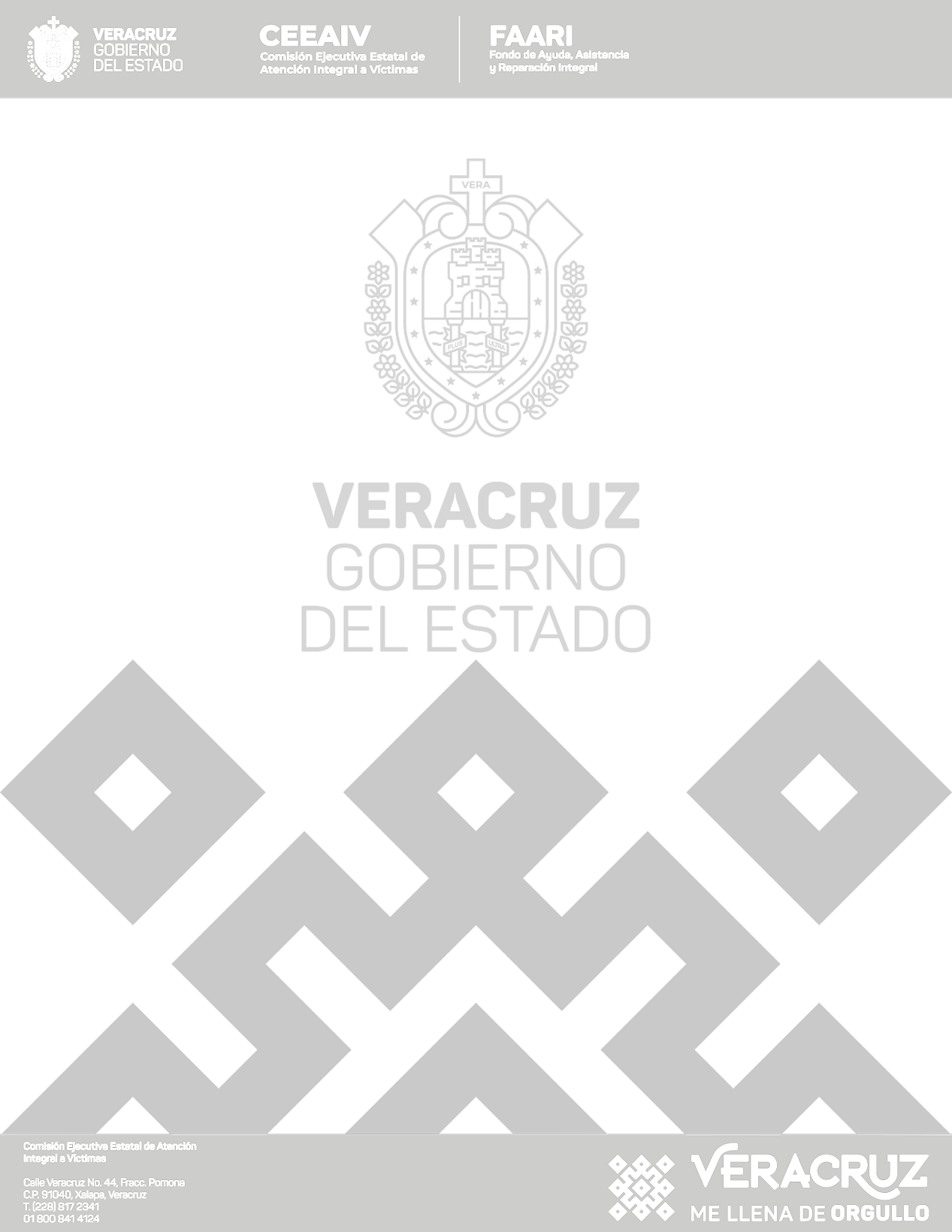
|  |
| --- |
| **V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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”)** |  |

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

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

Psicológico

Otro

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de daño sufrido** | **Señale los que apliquen** | Físico |  | Patrimonial | Sexual |  |
| 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”)

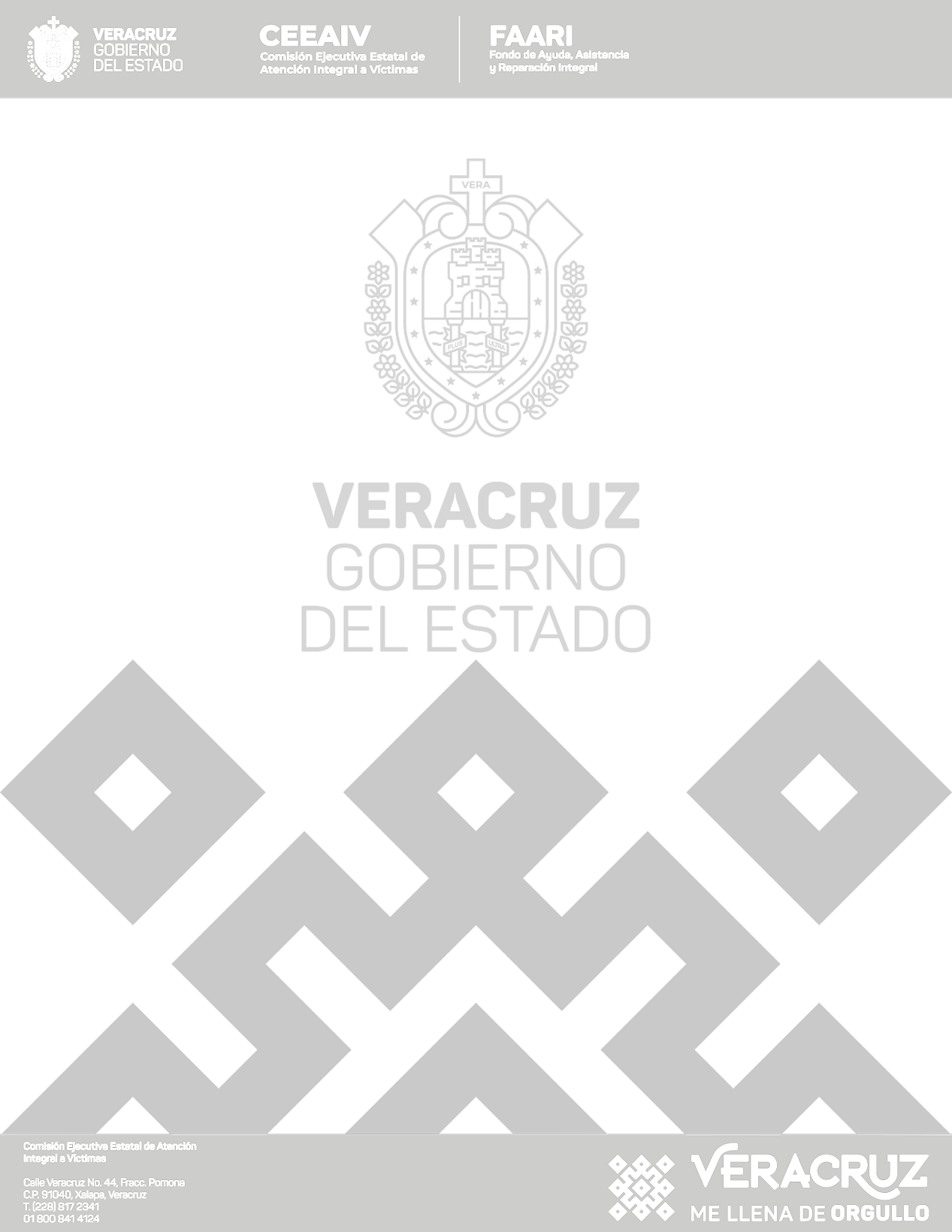
|  |
| --- |
| **VII. AUTORIDADES QUE HAN CONOCIDO DE LOS HECHOS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INVESTIGACIÓN MINISTERIAL** | | | ¿Denunció ante el Ministerio Público? | | |  |  | Fecha | **DD/MM/AAAA** |
| **Competencia** |  | Local | Entidad federativa | | SI  NO | | | | |
| **Delito** | Federal | | | | | | | | |
| **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** | | Federal | 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.?** | | | | |  | |  | **DD/MM/AAAA** | |
| **Competencia** | | Federal | Local | Internacional | **Organismo** | |  | | |
| **Violación a DD. HH.** | | |  | | | | | | |
| **Autoridad responsable** | | |  | | | | | | |
| **Tipo de resolución** | | Recomendación | | Medidas precautorias | | | Conciliación | | Otra |
| **Folio** |  | | | **Estado actual** | |  | | | |
| **OTRA AUTORIDAD** | | |  | | | | | | |

**NOTA:** En caso de requerir más espacio para proporcionar inf o r m ación de este apartado, por favor utilice el formato (“INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA”)

**VIII. Hoja de Firmas (pág. 4 de 5)**

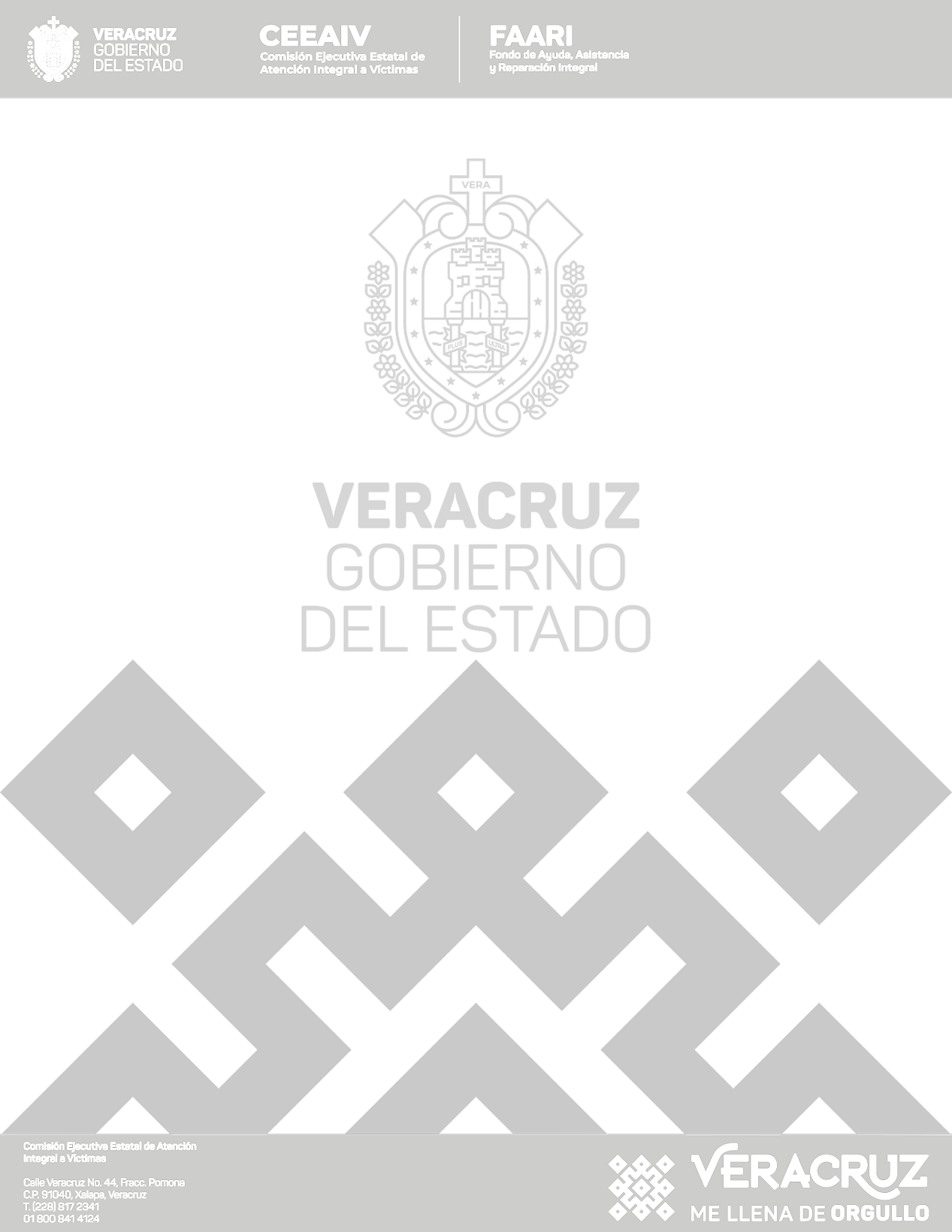
**La presente solicitud de registro se suscribe por:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Víctima –directa, indirecta o**  **potencial-** |  | **Familiar o persona de confianza** | Mano Izquierda | Mano Derecha |
| **Una vez que me fue leído el contenido del presente FUD, manifiesto no**  A  B  **poder o saber firmar por lo que sólo imprimo mis huellas dactilares**    **SIGN**  **NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y HUELLAS DACTILARES DEL/LA SOLICITANTE** | | | |
| **Opcional. Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:** | | | | **Huella dactilar de índice o pulgar** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C | **Servidor/a público/a o autoridad** |  |
| **SIGN**  **NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA** | |
| **de la dependencia o institución** |

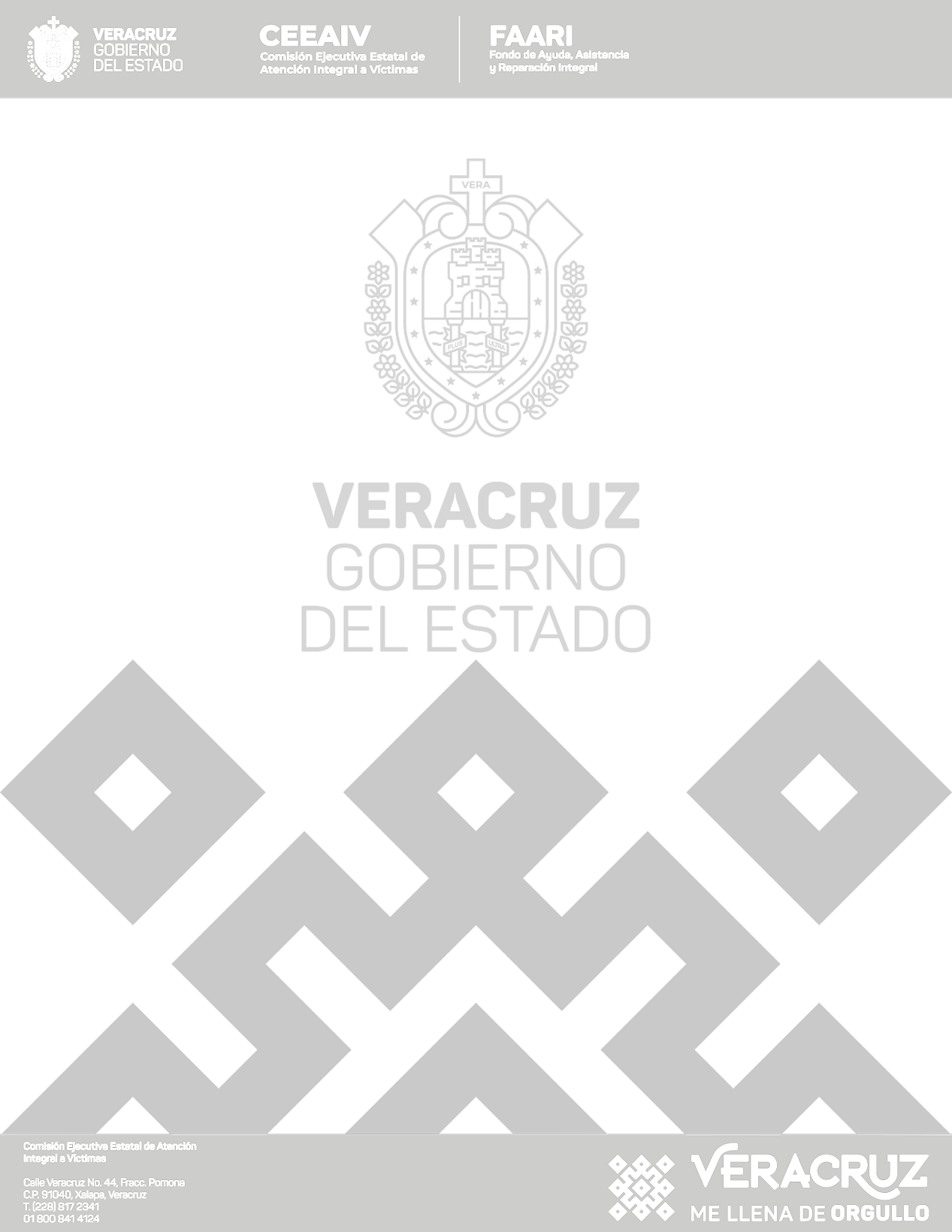
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D | **Representante legal de la víctima** | **Nota:** En caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 101, fracción I, 102 p. 4to de la Ley de Víctimas para el Estado de Veracruz, se deberá anexar a la presente solicitud el Anexo Único “Formato de inscripción en el Padrón de Representantes”. Institución |
| **SIGN**  **NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA** | |

|  |  |
| --- | --- |
| El presente Formato Único de Declaración se requisitó/completó con el apoyo de personal de la CEEAIV que se detalla a continuación | |
| 1    **SIGN**  **NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA** | **SELLO DE LA CEEAIV** |
| 2    **SIGN**  **NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Homoclave del formato** | **Fecha de publicación** |
| FF-CEAV-ììí |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. dicionalmente, 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.ceeaiv.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”** | |  | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado e | | **DD/MM/AAAA** |
| por |  | |