|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Modalidad de atención** | ${modalidad\_atencion} | |
|  | **Tipo de atención** | **Colaboración** ${colaboracion} | |
|  | **Institución** | ${institucion} |
|  | **No. de oficio** | ${no\_oficio} |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMATO DE PRIMER CONTACTO** | | | | |
| **DATOS GENERALES** | **1. Solicitante** | | | |
| **Nombre** | ${nombres\_solicitante} ${primer\_apellido\_solicitante} ${segundo\_apellido\_solicitante} | | |
| **Sexo** | ${solicitantes\_sexo} | **Edad** | ${edad\_solicitante} |
| **Municipio de Procedencia** | ${municipio\_solicitante} | **Municipio de atención** | ${municipio\_atencion} |
| **Teléfonos** | ${telefono} | **Fecha y hora** | ${fecha} |
| **2. Motivo de la atención** | | | |
| **(Narración de los hechos, ¿Qué?, ¿Cómo?, ¿Cuándo?, Lugar de los hechos)**  ${relato} | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **3. Ámbito de Competencia** | | | | | |
| **¿Es competencia de la CEEAIV?** | | | | | |
| **No** ${no\_es\_competencia\_ceeaiv} | **Especificar la ORIENTACIÓN brindada (Canalización externa)**  ${orientacion\_brindada} | | | | |
| **Sí** ${es\_competencia\_ceeaiv} | **Víctima Directa:** ${esDirecta}  **Si señala esta opción llenar los espacios marcados con asterisco (\*) del apartado 4** | | | | **Víctima Indirecta:** ${esIndirecta}  **Si señala esta opción llenar apartados 4 y 5** |
| **DATOS GENERALES** | **4. Datos de Identificación de la Víctima Directa** | | | | | |
| **Nombre** | | ${victimas\_nombres} ${victimas\_primer\_apellido} ${victimas\_segundo\_apellido} | | | |
| **Edad** | | ${edad\_victimD} | **Ocupación** | ${ocupacion\_victimaD} | |
| **Delito y/o violación DDHH\*** | | | ${delito\_ddhh} | | |
| **Número de carpeta\*** | | | ${no\_carpeta} | | |
| **Fiscalía\*** | | ${fiscalia} | | | |
| **5. Núcleo familiar de Víctima Directa** | | | | | |

**${nucleo\_familiar}**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **6. Domicilio para recibir notificaciones (Solicitante)** | | | | | | | | | | |
| **Calle (Número exterior, interior)** | | | | | | **Colonia** | | | **Código Postal** | |
| ${notificaciones\_calle} | | | | | | ${notificaciones\_colonia} | | | ${notificaciones\_codigo\_postal} | |
| **Localidad** | **Municipio** | | | | | **Entidad Federativa** | | | **Nacionalidad** | |
| ${notificaciones\_localidad} | ${notificaciones\_municipio} | | | | | ${notificaciones\_entidad} | | | ${notificaciones\_nacionalidad} | |
| **Estado Civil** | **Escolaridad** | | | | | **Ocupación** | | | | |
| ${notificaciones\_estado\_civil} | ${notificaciones\_escolaridad} | | | | | ${notificaciones\_ocupacion} | | | | |
| **¿Pertenece a alguna organización de la sociedad civil/Colectivo?** | | | **Sí** ${es\_organizacion} | | | **No** ${no\_es\_organizacion} | **¿Cuál?** | ${cual\_organizacion} | | |
| **DATOS SOCIOECONÓMICOS** |  | | | | | **Sí** | **No** | **¿Cuál?** | | | |
| **¿Realiza alguna actividad donde perciba un ingreso económico?** | | | | | ${actividad\_ingreso} | ${no\_actividad\_ingreso} | ${cual\_actividad\_ingreso} | | | |
| **¿Pertenece a algún programa social?** | | | | | ${programa\_social} | ${no\_programa\_social} | ${cual\_programa\_social} | | | |
| **¿Cuenta con algún apoyo que provenga de la Federación o del Estado?** | | | | | ${apoyo\_federacion\_estado} | ${no\_apoyo\_federacion\_estado} | ${cual\_apoyo\_federacion\_estado} | | | |
| **DATOS DE SALUD** | **Derivado del hecho victimizante ¿presenta alguna afectación de salud?** | | | | | ${afectacion\_salud} | ${no\_afectacion\_salud} | ${cual\_afectacion\_salud} | | | |
| **¿Cuenta con servicio de atención médica?** | | | | | ${atencion\_medica} | ${no\_atencion\_medica} | ${cual\_atencion\_medica} | | | |
| **FACTORES DE VULNERABILIDAD** | **\*Para llenado exclusivo del/a orientador/a** | | **SI** | | **NO** | |  | | | **SI** | **NO** |
| **Niña, Niño, Adolescente** | | ${es\_adolecente} | | ${no\_es\_adolecente} | | **Población indígena** | | | ${es\_poblacion\_indigena} | ${no\_es\_poblacion\_indigena} |
| **Adulto/a mayor** | | ${es\_adulto\_mayor} | | ${no\_es\_adulto\_mayor} | | **Desplazamiento por hecho victimizante** | | | ${es\_desplazamiento} | ${no\_es\_desplazamiento} |
| **LGBTTTI** | | ${es\_lgbtti} | | ${no\_lgbtii} | | **Periodista** | | | ${es\_periodista} | ${no\_es\_periodista} |
| **Discapacidad** | | ${es\_discapcitado} | | ${no\_es\_discapacitado} | | **Defensor/a de DDHH** | | | ${es\_defensor} | ${no\_es\_defensor} |
| **Situación de calle** | | ${es\_situacion\_calle} | | ${no\_es\_situacion\_calle} | | **Violencia de género** | | | ${es\_violencia\_genero} | ${no\_es\_violencia} |
| **Migrante** | | ${es\_migrante} | | ${no\_es\_migrante} | | **Trastorno mental** | | | ${es\_transtorno\_mental} | ${no\_es\_transtorno\_mental} |
| **VIH** | | | ${es\_vih} | ${no\_es\_vih} |
| **Observaciones** ${observaciones\_vulnerabilidad} | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Plan de Atención Integral** | | | | | |
| **Servicios de CEEAIV** | **Sí** | **No** | **Necesidades requeridas** | | **Derivación** |
| **Atención Médica De Urgencia y Gestión Médica** | ${gestion\_medica} | ${no\_gestion\_medica} | ${gestion\_medica\_necesidad} | | ${gestion\_medica\_derivacion} |
| **Asesoría Jurídica** | ${asesoria\_juridica} | ${no\_asesoria\_juridica} | ${asesoria\_juridica\_necesidades} | | ${asesoria\_juridica\_derivacion} |
| **Atención Psicológica** | ${atencion\_psicologica} | ${no\_atencion\_psicologica} | ${atencion\_psicologica\_necesidades} | | ${atencion\_psicologica\_derivacion} |
| **Trabajo Social y Gestión** | ${gestion\_social} | ${no\_gestion\_social} | ${gestion\_social\_necesidades} | | ${gestion\_social\_derivacion} |
| **8. Registro Estatal de Víctimas (REV)** | | | | | |
| **¿Solicita ingreso del Registro Estatal de Víctimas?** | | | | **Sí** ${es\_rev} | **No** ${no\_es\_rev} |
| **Con relación a niñas, niños y/o adolescentes para REV, ¿usted ejerce la guardia y custodia?** | | | | **Sí** ${ejerce\_custodia\_rev} | **No** ${no\_ejerce\_custodia\_rev} |
| **En caso de no tener a su cargo la guardia y custodia ¿quién la ejerce?**  ${quien\_ejerce\_custodia\_rev} | | | | | |
| **Observaciones**  ${observaciones\_rev} | | | | | |
|  | | | | | |
| **¿Cómo se enteró de los servicios de la CEEAIV?**  ${como\_se\_entero\_ceeaiv} | | | | | |
| **Se hace de conocimiento que de no haber requerido alguno de los servicios de esta Comisión, queda salvaguardado su derecho para solicitar cualquiera de ellos en el momento que así lo considere.** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
| **Nombre y firma de el/la solicitante** | **Orientaron de la SAIyPC** |

|  |
| --- |
| Aviso de Privacidad simplificado para el formato de primer Contacto de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas.  La Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.  Los datos personales recabados, se utilizará para las siguientes finalidades:  a) Recuperar los insumos para generar la estadística que nutrirá los informes mensuales con carácter de obligatoriedad que se realizan para las áreas al interior de la Comisión.  Se informa que no se realizarán transferencias que requieran su consentimiento, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de las peticiones o requerimientos de información de autoridad competente, debidamente fundados y motivados.  En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades adicionales, puede manifestar al correo electrónico transparenciaceeaiv@gmail.com  Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la dirección http://www.ceeaiv.gob.mx/ |