

Fecha de clasificación: ____ / ____ / ____

Unidad Administrativa: _____

CONFIDENCIAL

Fundamento Legal: Artículo 3 Fracción II y 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Fecha de desclasificación: No está sujeta a plazo de vencimiento, de conformidad con el artículo 37 del Reglamento de la Ley antes citada.

Rúbrica del Titular de la Unidad Administrativa

**FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN
(SOLICITUD DE INGRESO DE VÍCTIMAS AL REGISTRO FEDERAL)**

Con fundamento en los artículos 97, 98 y 99 de la Ley General de Víctimas, solicito el ingreso al Registro Federal de Víctimas.

Solicita que sus datos personales sean tratados como información confidencial.	Sí []	No []
---	--------	--------

Fecha de la solicitud:			
	DD	MM	AAAA

Tipo de víctima:	Individual []		Grupo o Comunidad []	
	Directa []	Indirecta []	Potencial []	

Folio:						(Llenado por la institución)
---------------	--	--	--	--	--	------------------------------

DATOS GENERALES

Apellido paterno:	
Apellido materno:	
Nombre(s):	

	En caso de ser víctima indirecta, proporcionar el nombre de la víctima directa	Relación con el solicitante
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Sexo:	Masculino []	Femenino []	Otro []
--------------	---------------	--------------	----------

Fecha de nacimiento:			
	DD	MM	AAAA

Nacionalidad:	Mexicana []	Extranjera []	No cuenta con nacionalidad []
Entidad federativa de nacimiento (sólo para persona mexicana):			
País de nacimiento (sólo para persona extranjera y/o naturalizada):			

Clave Única de Registro de Población (CURP):	
---	--

Identificación que presenta:	IFE/INE []	Licencia de manejo []	Cartilla SMN []
	INAPAM []	INSEN []	Pasaporte []
	Credencial de estudiante []	Forma FM2 (Inmigrante) []	Forma FM3 (No Inmigrante) []
	Otra (indique):		
Folio de la identificación:			
Observaciones sobre la identificación:			
No presenta identificación []			

Estado civil:	Soltero/a []	Casado/a []	
Otro:	Unión libre []	Divorciado/a []	Viudo/a []
	Concubinato []	Separado/a []	Sociedad de convivencia []

DOMICILIO ACTUAL

Calle:			
Número exterior:	Número interior:	Código postal:	
Colonia:			
Localidad:			
Delegación o municipio:			
Entidad federativa:			
Observaciones sobre el domicilio actual:			

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
Otro teléfono:		Fax:	
Correo electrónico:			
Observaciones sobre información de contacto:			

¿Considera que el hecho victimizante está relacionado con algunas de las siguientes condiciones en la que usted se encontraba o se encuentra?

¿Es menor de edad?	Sí []	No []
En caso afirmativo, indique:		
Nombre del tutor o representante:		
Información de contacto del tutor o representante:		

¿Es adulto/a mayor?	Sí []	No []
----------------------------	--------	--------

¿Se encuentra en situación de calle?	Sí []	No []
---	--------	--------

¿Tiene algún tipo de discapacidad?	Sí []	No []
---	--------	--------

En caso afirmativo, indique:		
Tipo de discapacidad:		

¿Es migrante?	Sí []	No []
----------------------	--------	--------

En caso afirmativo, indique:		
País de origen:		
País de destino:		
¿Habla español?	Sí []	No []

¿Es refugiado/a?	Sí []	No []
-------------------------	--------	--------

¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?	Sí []	No []
--	--------	--------

¿Es asilado/a político/a?	Sí []	No []
----------------------------------	--------	--------

¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?	Sí []	No []
--	--------	--------

¿Pertenece a un pueblo indígena?	Sí []	No []
---	--------	--------

¿Habla usted alguna lengua indígena?	Sí []	No []
--------------------------------------	--------	--------

En caso afirmativo, indique cual:		
-----------------------------------	--	--

¿Habla español?	Sí []	No []
-----------------	--------	--------

¿Requiere traducción?	Sí []	No []
-----------------------	--------	--------

¿Es defensor/a de derechos humanos?	Sí []	No []
--	--------	--------

En caso afirmativo, indique:			
Tipo de Institución a la que pertenece: (Anote la(s) que aplique(n))	Federal []	Sociedad Civil []	Religiosa []
	Estatal []	Asistencia Privada []	Internacional []
Otra (indique):			
Nombre de la Institución:			

¿Es periodista?	Sí []	No []
------------------------	--------	--------

En caso afirmativo, indique:		
Tipo del medio informativo:		

Si requiere más espacio para relatar los hechos delictivos o la violación de derechos humanos, por favor, utilice más hojas y agréguelas a la solicitud.

DESCRIPCIÓN DEL DAÑO SUFRIDO

¿Cuáles son las necesidades que requiere cubrir como consecuencia del hecho victimizante?			
Médica []	Psicológica []	Jurídica []	Otra [] Especifique:
Como consecuencia del hecho victimizante,			
¿Ha sufrido algún daño patrimonial?		Sí []	No []
¿Ha realizado algún tipo de gasto?		Sí []	No []
¿Cuenta con documentos que detallen el daño sufrido con motivo del hecho victimizante?		Sí []	No []
En caso afirmativo, enliste los documentos:			
¿Ha solicitado y/o recibido apoyo por parte de otra institución por los hechos victimizantes?		Sí []	No []
En caso afirmativo, indique:			
Institución:			
Tipo de apoyo:			
En caso de recibirlo, fecha en que le fue otorgado:		DD	MM
		AAAA	

DESCRIBA EL DAÑO SUFRIDO (físico, psicológico, patrimonial):

Si requiere más espacio para la descripción del daño sufrido, por favor, utilice más hojas y agréguelas a la solicitud.

INFORMACIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Tipo de violencia	Psicológica []	Física []	Patrimonial []	Económica []	Sexual []
	Otro:				

INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN MINISTERIAL

¿Denunció ante Ministerio Público?	Sí []	No []
Fecha de la denuncia:	DD	MM
	AAAA	

Competencia:	Federal []	Fuero Común * []
Delito:		
Entidad federativa:		
Agencia del Ministerio Público:		
Número de A.P./C.I./A.C.:		
Estado de la investigación:		

* Con fundamento en el art. 107 de la Ley General de Víctimas, se le asesorará, orientará y vinculará con la autoridad correspondiente.

INFORMACIÓN DEL PROCESO JUDICIAL

Fecha de inicio del proceso judicial:		
	DD	MM
	AAAA	

Competencia:	Federal []	Fuero común []
Delito:		
Entidad federativa:		
Número de juzgado:		
Número de proceso:		
Estado del proceso judicial:		

INFORMACIÓN DE LA QUEJA, RECOMENDACIÓN O CONCILIACIONES ANTE ORGANISMOS DE PROTECCIÓN DE DD.HH. NACIONALES E INTERNACIONALES.

¿Presentó queja, informe especial u otro ante organismo de DD.HH.?	Sí []	No []
Fecha de la presentación:	DD	MM
	AAAA	

Competencia:	Federal []	Estatal []	Internacional []
Tipo de resolución:	Recomendación []	Conciliación []	Medidas precautorias []
Violación a DD.HH.:			
Entidad federativa:			
Nombre del organismo:			
Folio:			
Estado actual:			

RECONOCIMIENTO DE TIPO DE VÍCTIMA

¿La autoridad competente u organismo público de protección de derechos humanos reconoce la calidad de víctima?:	Sí []	No []
---	--------	--------

ÓRGANO LEGITIMADO QUE RECONOCE LA CALIDAD DE VÍCTIMA

Órgano jurisdiccional	[]
Órgano jurisdiccional nacional o internacional de protección de derechos humanos	[]

¿Cuenta con un representante para el Registro?	Sí []	No []
En caso afirmativo, indique nombre del representante y anexe el FUR:		

DOCUMENTOS QUE PRESENTA COMO SOPORTE PARA LA SOLICITUD

Constancia del Ministerio Público	[]	
Sentencia de la autoridad competente	[]	
Resolución emitida por autoridad competente u organismo público de protección de derechos humanos nacional o internacional.	[]	
Otro (facturas, partes médicos, psicológicos, etc.)	[]	

EL REGISTRO ES SÓLO PARA LA VÍCTIMA Y NO OTORGA BENEFICIOS PARA EL REPRESENTANTE.

Nombre y firma y/o huella dactilar del solicitante.

Nombre y firma y/o huella dactilar del representante para el registro (art. 97, fracción I, de la Ley General de Víctimas).

Artículo 98 de la Ley General de Víctimas: "... La solicitud de inscripción de la víctima no implica de oficio su ingreso al Registro..."

Nombre, firma y cargo del servidor(es) público(s) que atendieron la solicitud.

--

--

--

--

**EN CASO DE REQUERIR ASESORÍA EN EL LLENADO DEL PRESENTE FORMATO, FAVOR DE COMUNICARSE AL
TELÉFONO: 01800-842-8462 O AL CORREO ELECTRÓNICO: contacto@ceav.gob.mx**