

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración

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	Lugar	DD/MM/AAAA
-------------------------------	-------	------------

I. DATOS DEL/LA SOLICITANTE

La presente solicitud se realiza por:

<input type="radio"/> A VÍCTIMA -Directa, Indirecta o Potencial- (Continuar en II.)	<input type="radio"/> B Víctima a través de familiar o persona de confianza*	<input type="radio"/> C Servidor/a público/a o autoridad**	<input type="radio"/> D Representante legal (Continuar en II. y llenar Anexo Único)
--	---	---	--

Nombre (s)	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Parentesco/relación afectiva *	
Cargo**	
Dependencia o institución**	
Teléfono móvil	Teléfono fijo
Correo electrónico	
Otros datos de 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)					
Primer apellido	Segundo apellido				
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Sexo	<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer	<input type="radio"/> Otro
Nacionalidad		CURP			
Lugar de nacimiento	a) País	b) Entidad federativa			
	c) Delegación o municipio	d) Población o comunidad			
Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Casado/a	Otro	<input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Unión libre		
			<input type="radio"/> Concubinato <input type="radio"/> Separado/a <input type="radio"/> _____		

Calle		Número exterior		Número interior	
Código postal		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 señalado, o medio diverso al correo certificado, favor de proporcionar los datos mediante el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

También puede acudir a las delegaciones de la CEAV, establecidas a lo largo del territorio nacional.

De conformidad con los Artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)



Contacto:

Angel Urraza N° 1137,
Col. Del Valle, Benito Juárez,
Ciudad de México, C.P. 03100.
Tels. (55) 1000-2000 y 01800-842-8462

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 01-800-842-8462

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración

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?
1.	
2.	
3.	

IV. IDENTIFICACIÓN DE LA VÍCTIMA	Relación con la víctima directa.		
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 de Atención a Víctimas con posterioridad.	Cartilla del servicio militar <input type="radio"/>	Credencial oficial expedida por el IMSS o ISSSTE <input type="radio"/>	Tarjeta de residencia temporal <input type="radio"/>
	Pasaporte <input type="radio"/>	Certificado o constancia de estudios <input type="radio"/>	Tarjeta de residencia permanente <input type="radio"/>
	Cédula profesional <input type="radio"/>	Constancia de residencia expedida por autoridad local <input type="radio"/>	Credencial de elector <input type="radio"/>
	Otro documento oficial <input type="radio"/>	Indique cuál <input type="text"/>	
	¿Presenta identificación? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Número del documento probatorio: <input type="text"/>			

V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS

Calle	<input type="text"/>	Número exterior	<input type="text"/>	Número interior	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>		
Localidad	<input type="text"/>	Delegación o municipio	<input type="text"/>		
Entidad federativa	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>		
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")

También puede acudir a las delegaciones de la CEAV, establecidas a lo largo del territorio nacional.

**Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración**

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

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

Tipo de daño sufrido <i>Señale los que apliquen ▶</i>	<input type="radio"/> Físico	<input type="radio"/> Psicológico	<input type="radio"/> Patrimonial	<input type="radio"/> Sexual	<input type="radio"/> Otro
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?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fecha	DD/MM/AAAA
Competencia	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Local	Entidad federativa		
Delito				
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	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> 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.?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD/MM/AAAA
Competencia	<input type="radio"/> Federal <input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Internacional	Organismo
Violación a DD. HH.		
Autoridad responsable		
Tipo de resolución	<input type="radio"/> Recomendación <input type="radio"/> Conciliación <input type="radio"/> Medidas precautorias <input type="radio"/> Otra	
Folio		Estado actual

OTRA AUTORIDAD

NOTA: En caso de requerir más espacio para proporcionar información de este apartado, por favor utilice el formato ("INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA")

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración

La presente solicitud de registro se suscribe por:

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

C	<input type="radio"/> Servidor/a público/a o autoridad	
_____ NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA		Sello de la dependencia o institución

D	<input type="radio"/> Representante legal de la víctima	Nota: En caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 97, fracción I de la Ley General de Víctimas, se deberá anexar a la presente solicitud el Anexo Único “Formato de Inscripción en el Padrón de Representantes”.
_____ NOMBRE COMPLETO y FIRMA		

El presente Formato Único de Declaración se requisitó/completó con el apoyo de personal de la CEAV que se detalla a continuación:		
1	_____ NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA	
2	_____ NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA	Sello de la CEAV

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 01 800-842-8462

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración

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

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
FF-CEAV-001	

IX.1 Documentación para la tramitación del Formato Único de Declaración:

• Para la inscripción de víctimas en el Registro Nacional de Víctimas (RENAVI) se deberá anexar al presente formato, o remitir a las oficinas del RENAVI, 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.

Adicionalmente, 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 de 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.

- 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 parentesco o relación con la víctima directa de conformidad con lo señalado por los artículos 4 de la Ley General de Víctimas y 4 de su Reglamento.
- 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 Nacional de Víctimas de requerir al solicitante cualquier otro medio de identificación.

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 CEAV 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 103 de la Ley General de Víctimas, sin perjuicio de que la CEAV pueda formular la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes. La CEAV 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 CEAV para las siguientes finalidades: (i) Dar trámite a la solicitud de ingreso al Registro Nacional de Víctimas; (ii) Velar por su protección y proporcionar ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley General de Víctimas, 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 Dirección General del Registro Nacional de Víctimas, ubicada en Ángel Urraza No. 1137, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, Ciudad de México. C. P. 03100. Teléfonos: (55) 1000-2000.

IX.3 Presentación y notificaciones

Unidad Administrativa responsable del Trámite: La Dirección General del Registro Nacional de Víctimas es la Unidad Administrativa al interior de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas encargada de dar trámite al Formato Único de Declaración. El horario para la recepción de documentos, atención al público y consulta en las distintas oficinas de la CEAV, durante los días que ésta considere como hábiles, será de las 9:00 a las 19:00 horas.

La solicitud y cualquier documentación anexa debe presentarse en las oficinas centrales de la CEAV, con domicilio en Ángel Urraza No. 1137, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, Ciudad de México. C. P. 03100. También puede ser presentada en las Delegaciones de la CEAV establecidas a lo largo del territorio nacional.

Las resoluciones, requerimientos y demás actos de la CEAV se notificarán a los/las solicitantes por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que hubiesen señalado al efecto o a través de las unidades administrativas de la CEAV, salvo que el/la solicitante haya manifestado su deseo de que las notificaciones previas a la resolución definitiva del trámite, le sean notificadas por otro medio.

IX.4 Información del Trámite

La tramitación del Formato Único de Declaración es totalmente gratuita; ninguna persona puede solicitarle contraprestación o emolumento por ésta, en caso de que así sea, por favor diríjase al teléfono 01800-842-8460 donde con gusto le atenderemos.

Vigencia del trámite: El presente trámite no está sujeto a vigencia.

Tiempo máximo de respuesta a la solicitud: La presente solicitud deberá tramitarse en un plazo máximo de 3 meses de conformidad con lo previsto en el artículo 17 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Transcurrido el plazo señalado, se entenderán la inscripción en sentido negativo. A petición del/la interesado/a, se deberá expedir constancia de tal circunstancia dentro de los dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud respectiva ante la Dirección General del Registro Nacional de Víctimas.

Fundamento jurídico-administrativo. Ley General de Víctimas, artículos 96, 97, 98, 99, 100, 101 y 104. Reglamento de la Ley General de Víctimas, artículos 3 fracción VI, 9, 10 fracción II, y 41.

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 consulta en la página institucional de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria: www.cofemer.gob.mx. Asimismo el formato podrá ser consultado y descargado en versión rellenable en la página de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas: www.ceav.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.	
<input type="radio"/>	Hoja de "Información complementaria de la víctima"
<input type="radio"/>	Anexo Único "Formato de Inscripción al Padrón de Representantes"

Contacto:

Angel Urraza N° 1137,
Col. Del Valle, Benito Juárez,
Ciudad de México, C.P. 03100.
Tels. (55) 1000-2000 y 01800-842-8462

**Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas
Formato Único de Declaración**

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

NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado el DD/MM/AAAA por _____.

ESTE TRÁMITE ES GRATUITO. En caso de requerir asesoría en el llenado del presente formato, favor de comunicarse al teléfono: 01800-842-8462