

## **ACUERDO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas.

## **ACUERDO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN**

SERGIO JAIME ROCHÍN DEL RINCÓN, Comisionado Presidente de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, con fundamento en los artículos 1; 2; 84; 85; 87; 88, fracciones XI, XII y XXVII; 95, fracciones I, II, III, V y XI; 96 y 98 de la Ley General de Víctimas y PRIMERO, SEGUNDO y OCTAVO del Decreto por el que se transforma la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, y

### **CONSIDERANDO**

Que la Ley General de Víctimas establece en su artículo 84 que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas es el órgano operativo del Sistema Nacional de Atención a Víctimas;

Que el 8 de enero de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se transforma la Procuraduría Social de Atención a las Víctimas de Delitos en la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, no sectorizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, así como autonomía técnica y de gestión, en términos de lo dispuesto por la Ley General de Víctimas;

Que el mencionado artículo 84 de la Ley General de Víctimas señala que de la Comisión Ejecutiva dependen el Fondo de Ayuda, Asistencia y Reparación Integral; la Asesoría Jurídica Federal y el Registro Nacional de Víctimas;

Que en términos del artículo 96 de la Ley General de Víctimas, el Registro Nacional de Víctimas es el mecanismo administrativo y técnico que soporta todo el proceso de ingreso y registro de las víctimas del delito y de violaciones de derechos humanos;

Que los estados y el Distrito Federal contarán con sus propios registros, mismos que deberán intercambiar, sistematizar, analizar y actualizar para la debida integración del Registro Nacional, en tanto que la integración del registro federal estará a cargo de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, cuya información también estará contenida en el Registro Nacional;

Que el citado ordenamiento jurídico dispone en su artículo 98 que las solicitudes de ingreso al Registro se realizarán en forma gratuita y en el caso de aquellas solicitudes derivadas de delitos del orden federal o de violaciones a derechos humanos en las que participen servidores públicos federales, serán presentadas a la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas;

Que el propio artículo 98 refiere que la información que acompaña la incorporación de datos al Registro se consignará en el formato único de declaración diseñado por la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y su utilización será obligatoria por parte de las autoridades responsables de garantizar el ingreso al mismo, y

Que el Pleno de la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas en su Cuadragésima Sesión Ordinaria, celebrada el día 8 de julio del presente año, determinó en su Acuerdo CEAV/PLENO/2014/040/6 que se publique en el Diario Oficial de la Federación el Formato Único de Declaración, por lo que en seguimiento al Acuerdo mencionado, he tenido a bien expedir el siguiente:

### **ACUERDO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN**

ÚNICO. Se da a conocer el Formato Único de Declaración (Anexo 1) que será utilizado para la solicitud de incorporación de víctimas al Registro Federal de Víctimas.

### **TRANSITORIOS**

ÚNICO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 28 de julio de 2014.- El Comisionado Presidente, Sergio Jaime Rochín del Rincón.- Rúbrica.



<p><b>Fecha de clasificación:</b> ____ / ____ / ____</p> <p><b>Unidad Administrativa:</b> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>CONFIDENCIAL</b></p> <p><b>Fundamento Legal:</b> Artículo 3 Fracción II y 18 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.</p> <p><b>Fecha de desclasificación:</b> No está sujeta a plazo de vencimiento, de conformidad con el artículo 37 del Reglamento de la Ley antes citada.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Rúbrica del Titular de la Unidad Administrativa</b></p>
--

**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.

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

<b>Fecha de la solicitud:</b>			
	DD	MM	AAAA

<b>Tipo de víctima:</b>	Individual [ ]		Grupo o Comunidad [ ]	
	Directa [ ]	Indirecta [ ]	Potencial [ ]	

<b>Folio:</b>						(Llenado por la institución)
---------------	--	--	--	--	--	------------------------------

**DATOS GENERALES**

<b>Apellido paterno:</b>	
<b>Apellido materno:</b>	
<b>Nombre(s):</b>	

	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		

<b>Sexo:</b>	Masculino [ ]	Femenino [ ]	Otro [ ]
--------------	---------------	--------------	----------

<b>Fecha de nacimiento:</b>			
	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>



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

<b>Clave Única de Registro de Población (CURP):</b>	
---	--

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

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

**DOMICILIO ACTUAL**

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

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

<b>Teléfono móvil:</b>		<b>Teléfono fijo:</b>	
<b>Otro teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Observaciones sobre información de contacto:</b>			



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

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

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

<b>¿Se encuentra en situación de calle?</b>	Sí [ ]	No [ ]
---	--------	--------

<b>¿Tiene algún tipo de discapacidad?</b>	Sí [ ]	No [ ]
<b>En caso afirmativo, indique:</b>		
Tipo de discapacidad:		

<b>¿Es migrante?</b>	Sí [ ]	No [ ]
<b>En caso afirmativo, indique:</b>		
País de origen:		
País de destino:		
¿Habla español?	Sí [ ]	No [ ]

<b>¿Es refugiado/a?</b>	Sí [ ]	No [ ]
<b>¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?</b>	Sí [ ]	No [ ]

<b>¿Es asilado/a político/a?</b>	Sí [ ]	No [ ]
<b>¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?</b>	Sí [ ]	No [ ]

<b>¿Pertenece a un pueblo indígena?</b>	Sí [ ]	No [ ]
¿Habla usted alguna lengua indígena?	Sí [ ]	No [ ]

En caso afirmativo, indique cuál:			
¿Habla español?	Sí [ ]	No [ ]	
¿Requiere traducción?	Sí [ ]	No [ ]	

¿Es defensor/a de derechos humanos?	Sí [ ]	No [ ]	
<b>En caso afirmativo, indique:</b>			
Tipo de Institución a la que pertenece: (Anote la(s) que aplique(n))	Federal [ ]	Sociedad Civil [ ]	Religiosa [ ]
	Estatad [ ]	Asistencia Privada [ ]	Internacional [ ]
	Otra (indique):		
Nombre de la Institución:			

¿Es periodista?	Sí [ ]	No [ ]
<b>En caso afirmativo, indique:</b>		
Tipo del medio informativo:		



Nombre del medio informativo:	
-------------------------------	--

¿Fue desplazada/o (dentro del país) por la violencia?	Sí [ ]	No [ ]
<b>En caso afirmativo, indique:</b>		
Entidad federativa expulsora:		
Entidad federativa receptora:		

¿Considera que el hecho victimizante se debió a su religión o creencia?	Sí [ ]	No [ ]
---	--------	--------

¿Considera que el hecho victimizante se debió a su preferencia sexual?	Sí [ ]	No [ ]
--	--------	--------

¿Considera que el hecho victimizante se debió a su condición de género: transgénero, transexual, intersexual?	Sí [ ]	No [ ]
---	--------	--------

¿Considera que el hecho victimizante se debió a su sexo?	Sí [ ]	No [ ]
--	--------	--------

**LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS VICTIMIZANTES**

Calle:	
Colonia:	
Localidad:	

<b>Delegación o municipio:</b>			
<b>Entidad federativa:</b>			
<b>País:</b>			
<b>Fecha de los hechos:</b>			
	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

**RELATO DE LOS HECHOS CONSIDERADOS COMO VICTIMIZANTES**





**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**

<b>¿Cuáles son las necesidades que requiere cubrir como consecuencia del hecho victimizante?</b>			
Médica [ ]	Psicológica [ ]	Jurídica [ ]	Otro [ ] Especifique:

<b>Como consecuencia del hecho victimizante,</b>			
¿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

<b>DESCRIBA EL DAÑO SUFRIDO (físico, psicológico, patrimonial):</b>			




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**

<b>Tipo de violencia</b>	Psicológica [ ]	Física [ ]	Patrimonial [ ]	Económica [ ]	Sexual [ ]
	Otro:				



**INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN MINISTERIAL**

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

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

\* 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**

<b>Fecha de inicio del proceso judicial:</b>			
	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>

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



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

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

<b>Competencia:</b>	Federal [ ]	Estatal [ ]	Internacional [ ]
<b>Tipo de resolución:</b>	Recomendación [ ]	Conciliación [ ]	Medidas precautorias [ ]
<b>Violación a DD.HH.:</b>			
<b>Entidad federativa:</b>			
<b>Nombre del organismo:</b>			
<b>Folio:</b>			
<b>Estado actual:</b>			
<b>RECONOCIMIENTO DE TIPO DE VÍCTIMA</b>			

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

**ÓRGANO LEGITIMADO QUE RECONOCE LA CALIDAD DE VÍCTIMA**

<b>Órgano jurisdiccional</b>	[ ]
<b>Órgano jurisdiccional nacional o internacional de protección de derechos humanos</b>	[ ]

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

**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.**

<b>Nombre y firma y/o huella dactilar del solicitante.</b>

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

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**

**CEAV/FUD/03/2014 (Rev. 11)**