
## El presente Formato Único de Declaración es el medio para tramitar el ingreso de las personas en situación de víctima al Registro Estatal 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.

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

La tramitación del FUD es totalmente gratuita.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD |  | *DD/MM/AAAA* |
| I. DATOS DE/LA SOLICITANTE |

La presente solicitud se realiza por:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A |  | B |  | C |  | D |  |
| VÍCTIMA. Directa, indirecta o Potencial (continuar en II.) | Víctima a través de familiar o persona de confianza\* | Servidor/a público/a o autoridad\*\* | 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 requisitado cuando el formato sea llenado por B o C y posteriormente continuar a II.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II. TIPO Y DATOS DE LA VÍCTIMA |  | DIRECTA |  | INDIRECTA |  | POTENCIAL |
| Nombre (s) |  |
| Primer apellido |  | Segundo apellido |  |
| Fecha de nacimiento |  | Sexo |  | Hombre. |  | Mujer. |  | Otro. |
| Nacionalidad |  | CURP |  |
| Lugar de nacimiento | a) País: | b) Entidad federativa: |
| c) delegación o municipio: | d) Poblado o comunidad: |
| Estado civil |  | SOLTERO/A |  | CASADO/A |  | CONCUBINATO |  | SEPARADO/A |
|  |  | DIVORCIADO/A |  | VIUDO/A |  | UNIÓN LIBRE |  | OTRO |
| Calle |  | Número exterior |  | Número interior |  |
| Código postal |  | Colonia |  |
| Localidad |  | 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 datosmediante el formato (“INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA”) | **También puede acudir a las delegaciones de la CEEAV, establecida en Hermosillo, Sonora.** |
| *De conformidad con los Artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar tramites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF)* |
|  |

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. DATOS DE/LA SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| En caso de ser víctima indirecta, proporciona nombre completo de la víctimas 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*Conteste: ¿Qué soy de la víctima directa?* |
| Se deberá anexar al presente Formato, copia de la identificación | Cartilla del Servicio Militar |  | Credencial oficial por el |  |
| de la víctima. En caso de manifestar no contar con ella en este |  | IMSS, ISSTE O ISSTESON |
| momento la identificación deberá ser remitida a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas con posterioridad. |  |  |
| Pasaporte |  | Certificado o constancia de estudios |  |
|  | Cédula profesional |  | Constancia de residencia |  |
|  |  | expedida por autoridad local |
|  | Tarjeta de residencia |  | Tarjeta de residencia |  |
|  | temporal | permanente |
| ¿Presenta identificación? | Credencial de elector |  | Otro documento |  |
|  | Sí |  | No | Número del documento probatorio: |  |

|  |
| --- |
| V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS |
| Calle. |  | Número exterior |  | Número interior |  |
| Código Postal |  | Colonia |  |
| Localidad |  | 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”)** | **También puede acudir a la CEEAV, ubicada en Hermosillo, Sonora.** |

VI. Observaciones preliminares de/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 DE/LA SERVIDOR/A PÚBLICO/A O AUTORIDAD QUE LLENA EL FORMATO |
| Tipo de daño sufrido *Señale los que apliquen*  |  | *Físico* |  | *Psicológico* |  | *Patrimonial* |  | *Sexual* |  | *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”)

|  |
| --- |
|  |
| INVESTIGACIÓN MINISTERIAL | ¿Denuncio ante el Ministerio Público? |  | SI |  | NO | Fecha | *DD/MM/AAAA* |
| Competencia |  | Federal |  | Local | Entidad Federativa |  |
| Delito |  |
| Agencia MP\* |  | A.P./C.I./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 del Juzgado |  | Número del proceso |  |
| Estado del proceso judicial |  |

|  |
| --- |
| PROCEDIMIENTO ANTE ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS |
| ¿Presentó queja, petición u otro tipo de solicitud ante organismo de DD. HH.? |  | SI |  | NO | *DD/MM/AAAA* |
| Competencia |  | Federal |  | Local |  | Internacional | Organismo |  |
| Violación a DD. HH. |  |
| Autoridad Responsable |  | Número del proceso |  |
| Tipo de Resolución |  | Recomendación |  | Conciliación |  | Medida Precautoria | Otra: |
| Folio |  | Estado actual |  |
| OTRA AUTORIDAD |  |

# COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN SONORA

VIII.- Hoja de Firmas (pág. 4 de 5)

**LA PRESENTE SOLICITUD DE REGISTRO SE SUSCRIBE POR:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A |  | B |  | Mano izquierda | Mano derecha |
| VÍCTIMA. Directa, indirecta o Potencial (continuar en II.) | Víctima a través de familiar o persona de confianza\* |
| Una vez que me fue leído el contenido del presente FUDS, manifiesto no poder o saber firmar por lo que sólo imprimo mis huellas dactilaresNOMBRE COMPLETO, FIRMA Y HUELLAS DACTILARES DE/LA SOLICITANTE |
| Huella dactilar de índice o pulgar |
| OPCIONAL: Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUDS en el siguiente correo electrónico |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C |  |  |
| Servidor/a púbico/a o autoridad |
| NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA |
| Sello de la dependencia o institución |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D |  | NOTA: En caso de las solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 23 fracción I de la Ley de Atención a Víctimas para el Estado de Sonora, deberá acreditar su representación. |
| Representante legal de la víctima |
| NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA |

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


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

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

* Para la inscripción de víctimas en el Registro Estatal de Víctimas se deberá anexar al presente formato, o remitir a las oficinas de la CEEAV, 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 FUDS, 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 Sonora 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.
* 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 Sonora 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 CEEAV 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 CEEAV pueda formular la denuncia correspondiente ante el Ministerio Público para los efectos legales procedentes. La CEEAV podrá verificar en cualquier momento el contenido del Formato Único de Declaración Sonora y sus anexos.

### Tratamiento de datos personales:

* La información contenida en el presente Formato Único de Declaración Sonora, 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 CEEAV para las siguientes finalidades:
	+ Dar trámite a la solicitud de ingreso al Registro Estatal de Víctimas;
	+ Velar por su protección y proporcionar ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley General de Víctimas, y
	+ (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 Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas.

### Presentación y notificaciones Unidad Administrativa responsable del Trámite:

* La Dirección General del Registro Estatal de Víctimas es la Unidad Administrativa al interior de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas encargada de dar trámite al Formato Único de Declaración Sonora. El horario para la recepción de documentos, atención al público y consulta en la oficina de la CEEAV, durante los días que ésta considere como hábiles, será de las 9:00 a las 14:00 horas.
* La solicitud y cualquier documentación anexa debe presentarse en las oficinas centrales de la CEEAV.
* Las resoluciones, requerimientos y demás actos de la CEEAV se notificarán a los/las solicitantes por correo certificado con acuse de recibo al domicilio que hubiesen señalado, 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.

### Información del Trámite La tramitación del Formato Único de Declaración Sonora es totalmente gratuita;

* Ninguna persona puede solicitarle contraprestación o emolumento por ésta, en caso de que así sea, por favor diríjase a la CEEAV, 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. Este Formato Único de Declaración es de distribución gratuita, se autoriza su libre reproducción siempre que no se altere su contenido.

Información Complementaria

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? |  | SI |  | NO |
| **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 la población/comunidad indígena? |  | SI |  | NO | *Indique a cuál pertenece* |
| **8** | ¿Es refugiado/a? |  | SI |  | NO | *Indique que tramites ha iniciado para obtener esa condición* |
| ¿Es asilado/a político/a? |  | SI |  | NO |
| **9** | ¿Es defensor/a de los derechos humanos? |  | SI |  | NO | ¿Pertenece a una institución? |  | SI |  | NO |
| ¿Tipo de institución? |  |
| **10** | ¿Es periodista? |  | SI |  | NO | ¿Tipo de medio informativo? |  |
| ¿Nombre del medio informativo? |  |
| **11** | ¿Fue desplazado/a dentro del país o estado por condiciones de violencia? |  | SI |  | NO |
| 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 |  | Física |  | Psicológica |  | Económica |
|  | Patrimonial |  | Obstétrica |  | Sexual |  | Feminicida | Otro: |  |

NOTA: El presente documento forma parte integral del Formato Único de Declaración presentado el: