



El presente **Formato Único de Declaración (FUD)** es el medio para tramitar el ingreso de las personas en situación de víctima al Registro Estatal de Víctimas de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas de Oaxaca. La información contenida en el presente Formato incluye datos personales sensibles, por lo que éstos serán tratados como confidenciales de acuerdo con lo previsto en la normatividad aplicable. La tramitación del FUD es totalmente gratuita.

Lugar y fecha de la solicitud		DD / MM / AAAA
I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE		
La presente solicitud se realiza por:		
☐ A VÍCTIMA Directa, Indirecta o Potencial (Continuar en II.)	☐ B Familiar o persona de confianza *	☐ C Persona Servidora pública o autoridad **
		☐ D Representante legal (Continuar en II y llenar Anexo Único)

Este apartado se deberá requisitar cuando el formato sea llenado por B o C y posteriormente continuar en II.	
Nombre (s)	
Primer Apellido	Segundo apellido
Parentesco/relación afectiva *	
Cargo **	
Dependencia o institución **	
Teléfono móvil	Teléfono fijo
Correo electrónico	
Otros datos de contacto	

II. TIPO Y DATOS DE LA PERSONA VÍCTIMA		
☐ Directa	☐ Indirecta	☐ Potencial
Nombre (s)		
Primer apellido	Segundo apellido	
Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Sexo ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Otro	
Nacionalidad	C. U. R. P.	
Estado civil ☐ Casada/o ☐ Soltera/o ☐ Otro	Teléfono	
Lugar de nacimiento	País	Entidad federativa
	Municipio	Población / comunidad
Domicilio		
Calle	No. exterior	No. interior
Código postal	Colonia	
Localidad	Municipio	
Entidad federativa	Correo electrónico	
En caso de requerir que las notificaciones relacionadas con el presente Formato se realicen en un domicilio distinto al anteriormente indicado, o medio diverso al correo electrónico certificado, favor de proporcionar los datos mediante el formato "INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DE LA PERSONA VÍCTIMA".		
De conformidad con el artículo 4 de la Ley de Procedimiento y Justicia Administrativa para el Estado de Oaxaca, el presente formato deberá publicarse en el sitio web oficial de la CEEAV y en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Oaxaca.		



III. RELACIÓN DE LA PERSONA VÍCTIMA INDIRECTA CON LA PERSONA 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 PERSONA VÍCTIMA

Se deberá anexar al presente Formato, copia de la identificación de la persona víctima. En caso de manifestar no contar con ella en este momento, la identificación deberá ser remitida a la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas con posterioridad.

¿Presenta identificación? ☐ Sí ☐ No

☐ Credencial de elector	☐ Pasaporte	☐ Cartilla del servicio militar
☐ Credencial oficial expedida por el IMSS o ISSSTE	☐ Certificado o constancia de estudios	☐ Cédula profesional
☐ Otro documento oficial (Especifique)		
Numero de documento probatorio		

V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS

Calle	No. exterior	No. interior
Código postal	Colonia	
Localidad	Municipio	
Entidad Federativa	Fecha 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 DE LA PERSONA VÍCTIMA".



VI. OBSERVACIONES PRELIMINARES DE LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA O AUTORIDAD QUE REQUISITA 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 persona 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 DE LA PERSONA VÍCTIMA".

VII. AUTORIDADES QUE HAN CONOCIDO DE LOS HECHOS

Investigación ministerial

¿Denunció ante el Ministerio Público?

☐

Si

☐

No

Fecha DD / MM / AAAA

Competencia

☐

Federal

☐

Local

Entidad federativa

Delito

Agencia del Ministerio Público

A. P./C. I./A. C.***

Estado de la investigación

*** 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 de juzgado

Número de proceso

Estado del proceso judicial

PROCEDIMIENTOS ANTE EL ORGANISMO ESTATAL, O EN SU CASO, NACIONAL E INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

¿Presentó queja, petición u otro tipo de solicitud ante Organismo de DD. HH.?

☐

Si

☐

No

Fecha DD / MM / AAAA

Competencia

☐

Local

☐

Federal

☐

Internacional

Organismo

Violación a DD. HH.

Autoridad responsable

Tipo de solución

☐

Recomendación

☐

Conciliación

☐

Medidas Cautelares

☐

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 DE LA PERSONA VÍCTIMA".



LA PRESENTE SOLICITUD DE REGISTRO SE SUSCRIBE POR:

A **PERSONA VÍCTIMA** Directa, Indirecta o Potencial

B Familiar o persona de confianza

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y HUELLAS DACTILARES DEL/LA SOLICITANTE

Opcional.

Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en el siguiente correo electrónico:



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

Huella dactilar de índice o pulgar

C ☐ Servidor/a público/a o autoridad

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

Sello de la dependencia o institución

D ☐ Representante legal de la víctima

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

Nota: En caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, autorizados en términos del artículo 102, fracción I de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, se deberá anexar a la presente solicitud, el Anexo Único relativo al Formato de Inscripción en el Padrón de Representantes de la CEEAV.

EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN SE REQUISITÓ / COMPLETÓ CON EL APOYO DE PERSONAL DE LA CEEAV QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA

Sello de la CEEAV OAXACA



1. DOCUMENTACIÓN PARA LA TRAMITACIÓN DEL FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN.

Para la inscripción de víctimas en el **Registro Estatal de Víctimas de Oaxaca (REV)** 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 persona víctima –directa, indirecta o potencial- y de la persona solicitante, cuando la solicitud la realice un familiar o persona de confianza, de conformidad con lo siguiente:

- Para personas mexicanas: (i) Acta de nacimiento; (ii) Carta de naturalización (en caso de personas naturalizadas 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:

- | | | |
|---|---|--|
| a) Cartilla del Servicio Militar Nacional; | e) Credencial oficial del Instituto Mexicano del Seguro Social; | g) Constancia de residencia emitida por la autoridad del lugar donde reside el interesado; |
| b) Pasaporte expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores; | f) Credencial oficial del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; | h) Credencial de Elector, o |
| c) Cédula Profesional; | | i) Algún otro medio reconocido por el Estado Mexicano para acreditar la identidad de las personas. |
| d) Certificado de estudios con fotografía; | | |

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, madre o tutor.

- 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 personas víctimas indirectas será necesario contar con el **Formato Único de Declaración (FUD)** de la Persona Víctima Directa, además, las personas 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 de Víctimas del Estado de Oaxaca. En caso de solicitudes tramitadas por la persona representante legal de las personas víctimas, adicionalmente a los medios de identificación previamente señalados, se anexará el **Formato de Inscripción al Padrón de Representantes de la CEEAV**.

Los requisitos y documentos señalados no limitan la facultad del Registro Estatal 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:

- | | |
|---------------------------------|---|
| a. La investigación ministerial | c. La queja, recomendación o conciliaciones ante organismos de protección de derechos humanos, nacionales o internacionales, según sea el caso. |
| b. El proceso judicial, y/o | |

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 114 de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca, 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 y sus anexos.

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 CEEAV para las siguientes finalidades:

- | | |
|--|--|
| a) Dar trámite a la solicitud de ingreso al Registro Estatal de Víctimas; | c) 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. |
| b) Velar por su protección y proporcionar ayuda inmediata, ayuda, asistencia y reparación integral con fundamento en la Ley de Víctimas, y | |

Las personas solicitantes o representantes legales debidamente acreditadas podrán ejercer sus derechos de acceso y corrección de datos personales ante la Coordinación del Registro Estatal de Víctimas.

3. PRESENTACIÓN Y NOTIFICACIONES

Unidad Administrativa responsable del Trámite: Comisión Ejecutiva Estatal de Atención Integral a Víctimas. El horario para la recepción de documentos, atención al público y consulta en las distintas oficinas de la CEEAV, durante los días que ésta considere como hábiles, será de las 9:00 a las 18:00 horas.

La solicitud y cualquier documentación anexa debe presentarse en las oficinas de la CEEAV, o a través del correo electrónico contacto@ceeavoxaca.gob.mx

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 al efecto o a través del teléfono o correo electrónico indicado por la persona solicitante.

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 a la CEEAV, donde con gusto le atenderemos. **Vigencia del trámite:** El presente trámite no está sujeto a vigencia. **Fundamento jurídico-administrativo:** Artículos 102, 103, 104, 105, 106 y 109 de la Ley de Víctimas del Estado de Oaxaca.

Este Formato Único de Declaración es de distribución gratuita, se autoriza su libre reproducción siempre que no se altere su contenido. Asimismo, el presente formato estará disponible para su consulta y descarga en la página institucional de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas: www.ceeavoxaca.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.

☐ Hoja de "Información complementaria de la persona víctima"

☐ Anexo Único "Formato de Inscripción al Padrón de Representantes"



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 personas 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	¿Pertenece a población/comunidad indígena? ☐ Si ☐ No	¿A cuál?
---	--	----------

6	¿Es migrante? ☐ Si ☐ No	País de origen	País de destino
---	---	----------------	-----------------

7	¿Qué idioma habla?	Requiere traductor
---	--------------------	--------------------

8	¿Refugiado/a? ☐ Si ☐ No	¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?
	¿Es asilado/a político/a? ☐ Si ☐ No	

9	¿Es defensor/a de derechos humanos? ☐ Si ☐ No	¿Pertenece a una institución? ☐ Si ☐ No		
	¿Tipo de institución?			
	☐ Federal	☐ Estatal	☐ Sociedad civil	Otra
	☐ Asistencia privada	☐ Religiosa	☐ Internacional	

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: ☐ Psicológica ☐ Física ☐ Económica ☐ Patrimonial	
	☐ Sexual ☐ Obstétrica ☐ Femicida ☐ Otro. ¿Cuál?	

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