



FORMATO UNICO DE DECLARACIÓN CEEAV MICHOACÁN

I. Datos del/la solicitante • II. Tipo y Datos de la víctima (pág. 1 de 6)

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 y al Registro Estatal de Víctimas de Michoacán. 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:		
A	B	C
<input checked="" type="radio"/> VÍCTIMA -Directa, Indirecta o Potencial- (Continuar en II.)	<input type="radio"/> Víctima a través de familiar o persona de confianza*	<input type="radio"/> Servidor/a público/a o autoridad **
<input type="radio"/> Representante legal (Continuar en II. y llenar Anexo Único)		
Nombre (s)		
Primer apellido		
Segundo apellido		
Parentesco/relación afectiva *		
Cargo**		
Dependencia o institución**		
Teléfono de 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		<input type="radio"/> Directa	<input type="radio"/> Indirecta	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> Divorciado/a
			<input type="radio"/> Concubinato	<input type="radio"/> Viudo/a
			<input type="radio"/> Separado/a	<input type="radio"/> Unión libre
Calle	No Interior		No Exterior	
Código Postal	Colonia			
Localidad	Delegación o Mpio.			
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 Unidades Regionales de la CEEAV, establecidas en el interior del Estado.		

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). Del mismo modo, de acuerdo al Artículo 9 del Código de Justicia Administrativa del Estado de Michoacán de Ocampo, los formatos que expidan los organismos descentralizados de la administración pública estatal, deberán publicarse en el Periódico Oficial del Estado para que produzcan efectos jurídicos.



FORMATO UNICO 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									
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 Estatal 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						
¿Presenta identificación? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Número del documento probatorio:							
V. LUGAR Y FECHA DE LOS HECHOS									
Calle		No Exterior			No Interior				
Cód. Postal		Colonia							
Localidad				Delegación o municipio					
Entidad Federativa			Fecha			DD/MM/AAAA			
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 Unidades Regionales de la CEEAV, establecidas en el interior del Estado.				



FORMATO UNICO DE DECLARACIÓN

VI. Observaciones preliminares del/a 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 señale los que apliquen	Físico <input type="checkbox"/>	Psicológico <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/>	Otro <input checked="" type="checkbox"/>
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?	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha DD/MM/AAAA
Competencia	<input checked="" type="checkbox"/> Federal	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Federal	<input checked="" type="checkbox"/> Local
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 checked="" type="checkbox"/> Si	<input checked="" type="checkbox"/> No	DD/MM/AAAA	
Competencia	<input checked="" type="checkbox"/> Federal	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Internacional	Organismo
Violación a DD. HH.				
Autoridad responsable				
Tipo de resolución	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendación	<input checked="" type="checkbox"/> Conciliación	<input checked="" type="checkbox"/> Medidas Precautorias	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")



FORMATO UNICO DE DECLARACIÓN

VIII. Hoja de Firmas (pág. 4 de 5)

La presente solicitud de registro se suscribe por:

A	Víctima –directa, indirecta o Potencial	B	Familiar o persona de confianza
<p>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</p> <p style="text-align: right;">→</p>			
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y HUELLAS DACTILARES DEL/LA SOLICITANTE</p>			<p><i>Mano izquierda</i> <i>Mano derecha</i></p> <p>Huella dactilar de índice o pulgar</p>

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

C	Servidor/a público/a o autoridad
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>	<p>_____</p> <p>SELLO DE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN</p>

D	Representante legal de la víctima
<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>	<p>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".</p>

El presente Formato Único de Declaración se requisitó/completó con el apoyo de personal de la CEEAV que se detalla a continuación:

1	<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>
2	<p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CARGO Y FIRMA</p>
<p>SELLO DE LA CEEAV</p>	



IX. Aviso de privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD

I. Responsable de la protección de sus datos personales

La Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas (CEEAV) con domicilio en calle General Mariano Arista No. 300, Colonia Chapultepec Oriente, C.P: 58260, de la ciudad de Morelia Michoacán, será la responsable de recabar, tratar y proteger sus datos personales para las finalidades establecidas en el presente aviso de privacidad.

Lo anterior de acuerdo a lo establecido en los artículos 3º fracción II, 16, 22 y 25 al 29 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, así como, el 8º 21 al 25, 27, 35, 36, 40, 42, 43 y 45 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Michoacán de Ocampo.

II. ¿Para qué fines recabamos y utilizamos sus datos personales?

Los datos que recabamos son con la finalidad de:

- a) Proveer los servicios de atención que ha solicitado en el Formato Único de Declaración (FUD)
- b) Estadísticos

III. Transferencia de datos personales

Le informamos que sólo excepcionalmente sus datos personales serán transferidos en los siguientes casos:

- a) A la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas a efectos de que realice la incorporación de las víctimas al Registro Estatal y al Registro Nacional de Víctimas.
- b) A otras dependencias o instituciones a efectos de canalizarlos para que las víctimas reciban algún servicio que la CEEAV no otorga.
- c) Excepcionalmente y a solicitud de autoridad competente también serán remitidos a ésta previo requerimiento fundado y motivado.

IV. Mecanismos para manifestar la negatividad para el tratamiento de sus datos personales..

Le informamos que puede presentar su solicitud de protección de datos personales vía electrónica a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>) o bien puede acudir directamente a las oficinas de la Unidad de Transparencia de la Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas (CEEAV) con domicilio en calle General Mariano Arista No. 300, Colonia Chapultepec Oriente, C.P: 58260, de la ciudad de Morelia Michoacán, en un horario de 09:00 a 16:00 hrs.

VIII. Modificaciones al aviso de privacidad

La Comisión Ejecutiva Estatal de Atención a Víctimas, le notificarán de cualquier cambio al aviso de privacidad mediante comunicados que se publicarán a través de nuestro portal de transparencia: <http://ceeav.michoacan.gob.mx/avisos-de-privacidad/>



FORMATO UNICO 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.

COD-CEEAV		FOLIO: CEEAV/SOPC	
Institución que lo refiere		<input type="radio"/> Familia	<input type="radio"/> Poder Judicial
		<input type="radio"/> DH	<input type="radio"/> Personal
		<input type="radio"/> Municipios	
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"/> Si <input type="radio"/> No	Nombre del tutor/a
Datos de contacto del tutor/a			
2	¿Es persona adulta mayor?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	3 ¿Se encuentra en situación de calle?
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
4	¿Tiene condición de discapacidad?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿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"/> Si <input type="radio"/> No	País de Origen
6	¿Habla español?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Requiere traductor/a?
		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Indique que lengua o idioma
7	¿Pertenece a población/comunidad indígena?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿A cuál?
8	¿Refugiado?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Ha iniciado algún trámite para obtener esta condición?
	¿Asilado político?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
	¿Es defensor/a de Derechos Humanos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Pertenece alguna institución?
9	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <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 <input type="radio"/> Indique		
10	¿Es periodista?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Tipo de medio informativo?
¿Nombre del medio informativo?			
¿Fue desplazado/a dentro del país o estado por condiciones de violencia?		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Entidad de salida		Entidad receptora	
Considera que el hecho victimizante se debió a:			
<input type="radio"/> Identidad o expresión de género		<input type="radio"/> Sexo	<input type="radio"/> Religión o creencias
		<input type="radio"/> Raza	<input type="radio"/> Preferencia u orientación sexual
		Otro _____	
Información de violencia contra las mujeres			
<input type="radio"/> Sexual		<input type="radio"/> Psicológica	<input type="radio"/> Económica
<input type="radio"/> Obstétrica		<input type="radio"/> Fisiológica	<input type="radio"/> Patrimonial
<input type="radio"/> Feminicida		Otra _____	

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