

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

Fecha de clasificación: ____/____/____/Unidad Administrativa: _____
CONFIDENCIAL: Fundamento Legal: Artículo 3 fracción VI y 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango y fracción VIII, del artículo 5 y 112 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
Fecha de desclasificación: No está sujeta a plazo de vencimiento, de conformidad con el artículo 37 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y 39 fracción VIII del Reglamento de Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Durango. _____ Rúbrica del Titular del Director del Registro Estatal de Víctimas.

Solicita que sus datos personales sean tratados como información confidencial	[Si]	[No]
--	--------	--------

Folio :		Fecha de la solicitud:			
			DD	MM	AAAA

Tipo de víctima:	Individual []	Grupo o Comunidad [] _____		
	Directa []	Indirecta []	Potencial []	

DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA DIRECTA

Nombre completo:		¿Es menor de edad?	[Si] [No]
Sexo:	[Mujer] [Hombre] [Otro]	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año
País de nacimiento:	[México] [Otro:] _____	Entidad federativa:	
Identificación presentada:		Curp:	
		Edad:	Años

DATOS GENERALES DE LA VÍCTIMA INDIRECTA

Nombre completo:		¿Es menor de edad?	[Si] [No]
Sexo:	[Mujer] [Hombre] [Otro]	Fecha de nacimiento:	Día / Mes / Año
País de nacimiento:	[México] [Otro:] _____	Entidad federativa:	
Identificación presentada:		Curp:	
Parentesco con víctima directa			

DOMICILIO ACTUAL DE LA VÍCTIMA DIRECTA

Calle:		Número Exterior:	
Número interior:		Código postal:	
Colonia:		Localidad y municipio	

DOMICILIO ACTUAL DE LA VÍCTIMA INDIRECTA

Calle:		Número Exterior:	
Número interior:		Código postal:	
Colonia:		Localidad y municipio	

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono móvil:		Teléfono fijo:	
Correo electrónico:		Fax:	

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

ENFOQUE DIFERENCIAL		
Señale con una (X) la respuesta que se indique.	Si	No
¿Es una persona con discapacidad?		
¿Cambio de domicilio por los hechos victimizantes?		
¿Es miembro de un pueblo indígena?		
¿Es defensor de derechos humanos?		
¿Es periodista?		
¿Habla español?		
¿Vive en pobreza extrema?		
¿Sabe leer y escribir en español?		
¿Es migrante?		
¿Es miembro de la comunidad LGBT + ?		

RELATO DE LOS HECHOS CONSIDERADOS COMO VICTIMIZANTE

DATOS DETALLADOS DEL HECHO VICTIMIZANTE					
Ámbito de competencia:		Fecha de hecho victimizante:	Día / Mes / Año		
País:		Entidad federativa:	Delegación o municipio:		

DESCRIPCIÓN DE DAÑO SUFRIDO	
Físico:	
Psicológico:	
Patrimonial:	
Otro:	

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

¿Cuáles son las necesidades que requiere cubrir como consecuencia del hecho victimizante?			
Médica []	Psicológica []	Jurídica []	Otra [] Especifique:
¿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:		Día / Mes / Año	

¿Denunció ante Ministerio Público?	[Si] [No]	Fecha de la denuncia:	Día / Mes / Año
------------------------------------	---------------	-----------------------	-----------------

Delito:		Ministerio Público:	
Número de A.P./C.I.:		Numero de proceso:	
Indiciado o imputado:			

* Con fundamento en el art. 71 de la Ley de Víctimas del Estado de Durango, se le asesorará, orientará y vinculará con la autoridad correspondiente.

INFORMACIÓN DE LA QUEJA, RECOMENDACIÓN O CONCILIACIONES ANTE ORGANISMOS DE PROTECCIÓN DE DD.HH. ESTATALES.			
¿Presentó queja, informe especial u otro ante organismo de DD.HH.?	[Si] [No]	Fecha de la presentación:	Día / Mes / Año
Tipo de resolución:	Recomendación []	Conciliación []	Medidas precautorias []
Violación a DD.HH.:			
Entidad federativa:		Nombre del organismo:	
¿Cuenta con un representante para el Registro?	[Si] [No]	En caso afirmativo, indique nombre del representante:	

DOCUMENTOS QUE PRESENTA COMO SOPORTE PARA LA SOLICITUD.			
Constancia del Ministerio Público	[]	Resolución emitida por autoridad competente u organismo público de protección de derechos humanos nacional o internacional.	[]
Sentencia de la autoridad competente	[]	Otro (facturas, partes médicos, psicológicos, etc.)	[]

FORMATO ÚNICO DE DECLARACIÓN

Artículo 62 fracción I y 63 de la Ley de Víctimas del Estado de Durango: “La solicitud de inscripción de la víctima no implica de oficio su ingreso al Registro”.

Nombre y firma del solicitante:	
NOMBRE	FIRMA

HUELLA

Nombre y firma del representante para el registro.	
NOMBRE	FIRMA

HUELLA

Nombre, firma y cargo del servidor público que atiende la solicitud.	
NOMBRE	FIRMA

UNIDAD DE ATENCIÓN CEEAV.			
CENTRO DE REINserción SOCIAL (CERESO)	[]	FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO	[]
CENTRO DE JUSTICIA PARA LA MUJER (CJM)	[]	COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DURANGO	[]
CENTRO DE JUSTICIA DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES (CJNNA)	[]	COMISIÓN EJECUTIVA ESTATAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS GOMEZ PALACIO	[]
TRIBUNAL DE MENORES INFRACTORES	[]	CENTRO ESPECIALIZADO DE REINTEGRACION Y TRATAMIENTO PARA MENORES INFRACTORES (CERTMI)	[]
Otro:			