



Formato Único de Declaración (FUD)

Lugar y fecha de la solicitud	dd/mm/yyyy		
I. Datos de la persona solicitante			
Solicitud presentada por:			
Víctima (Directa, <input type="radio"/> Indirecta, Potencial)	<input type="radio"/> Representante legal	<input type="radio"/> Familiar o persona de confianza	<input type="radio"/> Persona Servidora Pública o autoridad
Al tratarse de víctima, pasar al campo II.	Parentesco	Cargo	Dependencia
Nombre (s)			
Primer apellido	Segundo apellido		
Correo electrónico	Teléfono móvil		
Otros datos de contacto	Teléfono Fijo		
II. Tipo y datos de Víctima			
Tipo de víctima	Directa <input type="radio"/>	Indirecta <input type="radio"/>	Potencial <input type="radio"/>
En caso de ser víctima indirecta o potencial	Nombre de víctima directa		
	Parentesco	Especificar	
Nombre(s)			
Primer apellido	Segundo apellido		
Fecha de nacimiento	Edad		
Sexo	Mujer <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/>	Estado civil	Soltero/a <input type="radio"/> Casada/o <input type="radio"/> Especifique:
CURP	RFC		
Lugar de nacimiento			
País	Entidad		
Municipio	Población		
Domicilio			
Calle	Número interior	Número exterior	
Colonia y/o Comunidad	Municipio		
Entidad Federativa	Código Postal		
Teléfono fijo	Teléfono móvil		
Tiempo de residir en este domicilio:			
Observaciones			
Anexar identificación oficial con fotografía, adjuntar posteriormente o justificar la falta del documento.			





III. Hechos					
Fecha de los hechos	dd/mm/yyyy				
Calle		Número exterior		Número interior	
Colonia y/o Comunidad			Municipio		
Entidad Federativa			Código Postal		
En caso de no conocer todos los datos, ingresar sólo los que se conozcan. Si cuenta con la denuncia de los hechos o algún documento jurisdiccional o de organismos nacionales o internacionales de protección a derechos humanos en donde se dé cuenta del mismo, anexarlo al presente formato.					
Relato					

IV. Daño		Descripción
Tipo		
Físico	<input type="radio"/>	
Psicológico	<input type="radio"/>	
Sexual	<input type="radio"/>	
Económico	<input type="radio"/>	
Patrimonial	<input type="radio"/>	
Otro	<input type="radio"/>	



V. Instituciones y/o Autoridades Informadas de los Hechos			
<i>Investigación Ministerial</i>			
Carpeta de investigación			
Ministerio Público			
Delito			
Adscripción			
Competencia		Fecha	
Investigación	Inicial <input type="radio"/> Complementaria <input type="radio"/>	Entidad federativa	
Oficio de canalización		Estatus	

<i>Proceso Judicial</i>			
Causa Penal <input type="radio"/>	Proceso Administrativo <input type="radio"/>	Juicio de Amparo <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>
Delito			
Juez			
Adscripción			
Competencia		Entidad federativa	
Proceso Judicial		Estado de gestión	
Oficio de canalización		Fecha	

<i>Procedimiento de Protección de Derechos Humanos</i>			
Violación a Derechos Humanos	Recomendación <input type="radio"/>	Conciliación <input type="radio"/>	Medidas cautelares <input type="radio"/>
Autoridad responsable			
Adscripción			
Solicitante			
Organismo solicitante			
Competencia		Fecha	
Folio/Expediente		Tipo de resolución	
Oficio de canalización		Estado de gestión	





VI. Identificación de agresor (a)					
Relación víctima – agresor (a)				¿Conoce al agresor? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> <i>En caso de que no lo conozca, dejar sin respuesta el cuestionario.</i>	
Nombre (s) de agresor (a)					
Apellido paterno			Apellido Materno		
1. ¿Viven en la misma casa?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	2. ¿Son pareja?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Especifique tipo de relación:
3. Sexo de agresor	H <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	4. Apodo (s)		
a. Datos de origen de Agresor (a)					
5. Fecha de nacimiento	6. Edad		8. Estado Civil		
	7. Idioma		9. Religión		
10. País de origen	11. Estado		13. Lengua indígena	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
	12. Idioma		Especifique		
b. Domicilio actual de Agresor (a)					
14. Calle		No. Ext.		No. Int.	
15. Colonia		16. Municipio			
17. Estado		18. Código Postal			
19. Teléfono de casa		20. Número de celular			
21. Tiempo de residir en este lugar:					
Observaciones:					
c. Datos socioeconómicos de Agresor (a)					
22. Trabajo actual	23. Escolaridad				
	24. Sabe leer		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
25. Servicio médico	26. Sabe escribir		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
27. Descripción de agresor (a)					





VII. Guía de identificación de víctima para grupos vulnerables

1.- Niña/niño o adolescente	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Nombre de tutor/a					
			Datos de contacto (Teléfono, dirección)					
2.- Violencia contra las mujeres	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Especifique tipo de violencia					
3.- Persona adulta mayor	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Nombre de familiar o responsable					
			Datos de contacto (Teléfono, dirección)					
4.- Persona migrante	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	País de origen		País de destino			
			Idioma		¿Habla español?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
5.- Persona con discapacidad	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Tipo:	Física <input type="radio"/>	Mental <input type="radio"/>	Intelectual <input type="radio"/>	Dependiente	Si <input type="radio"/>
				Visual <input type="radio"/>	Auditiva <input type="radio"/>	Mixta <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>
			Especificar:		Nivel de dependencia:			
6.- Persona indígena	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Cuál?		¿Habla español?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
			Lengua:					
7.- Persona Refugiada o en asilo político	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Especifique		Lugar de origen		Lugar receptor	
8.- Persona defensora de derechos humanos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Pertenece a alguna institución	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Especifique		
9.- Persona periodista	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Nombre del medio informativo					
			Tipo del medio informativo					
9.- Persona en situación de calle	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Especifique					
10.- Persona privada de la libertad	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Especifique					
11.- Otras características o condiciones de vulnerabilidad	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Orientación sexual <input type="radio"/>	Identidad o expresión de género <input type="radio"/>	Religión, creencias o profesión de fé <input type="radio"/>	Persona Servidora Publica <input type="radio"/>		
			Condición económica <input type="radio"/>	Color de piel <input type="radio"/>	Partidario político <input type="radio"/>	Otra, especifique		
12. ¿Considera que el hecho victimizante tiene relación directa con el grupo vulnerable identificado?			Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Por qué?			





A	Víctima – directa, indirecta o potencial	B	Familiar o persona de confianza	Mano izquierda	Mano derecha
<input type="radio"/>	Una vez que me fue leído el contenido del presente FUD, manifiesto no saber o poder firmar por lo que solo imprimo mis huellas dactilares				
_____ Nombre completo, firma y huellas dactilares de persona solicitante				_____ Huella dactilar de índice o pulgar	
Manifiesto expresamente mi deseo de recibir cualquier tipo de notificación relacionada con el presente FUD en los siguientes datos de contacto:			Correo electrónico		
			Teléfono celular 1		
			Teléfono celular 2		
			Domicilio		

C	<input type="radio"/>	Persona servidora pública o autoridad que recaba el FUD	
_____ Nombre completo, cargo y firma			_____ Sello de la dependencia o institución

D	<input type="radio"/>	Representante legal de la víctima	Nota: en caso de solicitudes presentadas por representantes legales de las víctimas, en términos del artículo 107 fracción I de la Ley de Víctimas del Estado de Puebla, deberá estar inscrito en el padrón de representantes de la CEEAVIPUE.
_____ Nombre completo y firma			

Anexo al presente formato los siguientes documentos oficiales de identificación:		
<input type="radio"/>	INE	Observaciones.
<input type="radio"/>	CURP	

