



Llenado para la Atención a Víctimas y Ofendidos del Delito y de Violaciones a Derechos Humanos

Presunto delito del que ha sido víctima: _____

Lo denunció ante el Ministerio Público Si No

¿Durante la averiguación previa le dieron a conocer sus derechos como víctima del delito? Si No

¿Se acogió al Programa de Protección a Víctimas del Delito de la PGJE? Si No ¿Por qué? _____

De ser positiva la respuesta, ¿qué tipo de beneficio solicitó?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica | <input type="checkbox"/> Atención psicológica | <input type="checkbox"/> Ayudas materiales |
| <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica | <input type="checkbox"/> Protección física o de seguridad | <input type="checkbox"/> Apoyo para la obtención de empleo |

¿Qué beneficios se le otorgaron?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atención médica | <input type="checkbox"/> Atención psicológica | <input type="checkbox"/> Ayudas materiales |
| <input type="checkbox"/> Asesoría jurídica | <input type="checkbox"/> Protección física o de seguridad | <input type="checkbox"/> Apoyo para la obtención de empleo |

¿Se le canalizó a otra dependencia? Si No Especifique: _____

¿Los beneficios obtenidos cubrieron sus expectativas? Si No Especifique: _____

¿En este momento requiere otro beneficio/o tiene otra necesidad? Si No Especifique: _____

Acciones de atención: _____

Observaciones: _____

Atendió: _____ Hora: _____

De conformidad con la Ley Orgánica de la Comisión Estatal de Derechos Humanos: el personal de la Comisión Estatal deberá manejar de manera confidencial la información y documentación proporcionada durante esta entrevista.