

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE INSCRIPCIÓN A LA LISTA NOMINAL  
DE ELECTORES CON VOTO ANTICIPADO  
SIILNEVA-B - PARA LA CIUDADANÍA CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS CUIDADORAS PRIMARIAS.**

[d í a] [m e s] [a ñ o]

FECHA DE LLENADO

Exclusivo del INE

NÚMERO DE FOLIO

**1. PERSONA QUE SOLICITA EL TRÁMITE DE INSCRIPCIÓN A LA LNEVA.** (marcar sólo una opción)

- Persona con discapacidad que le impide acudir el día de la jornada electoral a la casilla que le corresponde para emitir el voto.
- Persona Cuidadora Primaria de una persona con discapacidad.

**2. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE:**

[Nombre(s)]

NOMBRE(S)

[Primer Apellido]

PRIMER APELLIDO

[Segundo Apellido]

SEGUNDO APELLIDO

[Entidad]

ENTIDAD DE NACIMIENTO

[H/M/X]

SEXO

[00/00/0000]

FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)

[11 1111 1111]

TELÉFONO DE CONTACTO

[xxxxxx@xxx.xxx]

CORREO ELECTRÓNICO

**3. CONFIRMACIÓN DE PARTICIPACIÓN BAJO LA MODALIDAD DE VOTO ANTICIPADO.**

1. ¿Manifiesto y acepto participar en la jornada electoral bajo la modalidad de Voto Anticipado, previo cumplimiento de los requisitos?

SÍ	NO
----	----

2. ¿Manifiesto que se me dificulta acudir a votar el día de la jornada electoral en la casilla que me corresponde, derivado que cuento con discapacidad o por estar al cuidado de una persona con discapacidad?

SÍ PUEDO ACUDIR	NO PUEDO ACUDIR
-----------------	-----------------

3. Datos de la Credencial para Votar vigente del titular de la solicitud:

Clave de Elector: \_\_\_\_\_ CIC: \_\_\_\_\_

OCR: \_\_\_\_\_ Núm. de Emisión: \_\_\_\_\_

4. En caso de que sea Persona Cuidadora Primaria, escriba el nombre completo de la persona que tiene bajo su cuidado.

\_\_\_\_\_

Nombre(s)

Primer apellido

Segundo apellido

5. Domicilio de residencia de la persona con discapacidad (lugar donde se llevará a cabo la votación).

Calle y número exterior e interior: \_\_\_\_\_,

Colonia: \_\_\_\_\_, CP: \_\_\_\_\_,

Municipio: \_\_\_\_\_, Entidad: \_\_\_\_\_

6. ¿Habla alguna lengua indígena?

SÍ	NO
----	----

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**SOLICITUD INDIVIDUAL DE INSCRIPCIÓN A LA LISTA NOMINAL  
DE ELECTORES CON VOTO ANTICIPADO  
SIILNEVA-B - PARA LA CIUDADANÍA CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS CUIDADORAS PRIMARIAS.**

[ d í a ] [ m e s ] [ a ñ o ]

FECHA DE LLENADO

Exclusivo del INE

NÚMERO DE FOLIO

**4. FIRMA Y/O HUELLA DE ACEPTACIÓN DEL TITULAR:**

En el Sobre Postal Electoral de Seguridad (SPES) se hará llegar información adicional, así como el instructivo para el llenado y envío de las boletas electorales.



NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



HUELLA

**MANIFESTACIONES Y AVISO DE PRIVACIDAD:**

El Instituto Nacional Electoral (INE), a través de la Dirección Ejecutiva del Registro Federal de Electores (DERFE), será responsable del tratamiento de Datos Personales que se recaben en la presente Solicitud Individual de Inscripción a la Lista Nominal de Electores con Voto Anticipado (SIILNEVA) para los Procesos Electorales Locales 2024-2025 y en las elecciones extraordinarias que de estos deriven, así como, en los Procesos de Participación Ciudadana, por lo que el formato deberá garantizar su confidencialidad en los términos de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPSSO); de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTAIP); de la Ley General de Instituciones y Procedimientos Electorales (LGIPE), los artículos 4 y 126, numeral 3; así como de la demás normatividad aplicable en la materia. Para más información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al Aviso de Privacidad integral a través de la página de Internet: <https://www.ine.mx/wp-content/uploads/2023/04/DERFE-AvisPrivacidadIntegral-PadronElectoral.pdf>.

Con fundamento en lo establecido en la LGIPE, art. 7 numerales 1, 2 y el art. 9, **solicito la inscripción a la Lista Nominal de Electores con Voto Anticipado (LNEVA)**, para votar en el Proceso Electoral Local 2024-2025 y las elecciones extraordinarias que de estos deriven, así como, en los Procesos de Participación Ciudadana, por lo que **autorizo al INE**, el tratamiento de mis Datos Personales y para llevar a cabo las acciones conducentes para notificar y hacer valer mi voto.

El presente formato de SIILNEVA debidamente requisitado tendrá los efectos legales de notificación al INE **sobre la decisión de la Cuidadora Primaria y/o Persona con discapacidad, para votar anticipadamente o de no tener interés en participar**; así como su expresa autorización para su baja temporal de la Lista Nominal de Electores en Territorio Nacional; por lo que, únicamente podrá votar en el periodo que programe el INE para emitir el Voto Anticipado en términos de lo dispuesto en Los Lineamientos de Organización, el Modelo de Operación y la Documentación Electoral para el Voto Anticipado y Los Lineamientos para la Conformación de la Lista Nominal de Electores con Voto Anticipado, para los Procesos Electorales Locales 2024-2025 y las elecciones extraordinarias que de éstos deriven, así como, en los Procesos de Participación Ciudadana.

La Persona con discapacidad y/o Persona Cuidadora Primaria que firma y/o huella este formato, acepta que la participación de su Voto Anticipado, en caso de que se determine procedente su inclusión en la LNEVA, el sufragio se realizará en el domicilio de la o él ciudadano con discapacidad.

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA INSCRIPCIÓN A LA LNEVA**

Recuerda que para realizar el trámite de solicitud de inscripción a la Lista Nominal de Electores con Voto Anticipado (LNEVA), se requiere que envíes, a la cuenta de correo electrónico [voto.anticipado@ine.mx](mailto:voto.anticipado@ine.mx), la siguiente documentación en formato digital, durante el periodo comprendido del 20 de diciembre de 2024 al 10 de febrero de 2025.

1. Formato SIILNEVA-B, debidamente requisitado y firmado.
2. Copia de la Credencial para Votar vigente (por ambos lados).
3. Comprobante de domicilio, correspondiente a la persona con discapacidad (con vigencia no mayor a tres meses). Conforme al Acuerdo de Medios aprobados por la CNV.
4. Certificado médico, el cual deberá contener, por lo menos, el nombre completo de la o del médico tratante y su número de cédula profesional en el que se exprese la condición de salud relativa a la discapacidad de la o el ciudadano. Dicho documento deberá de contener, de ser posible, la dirección del consultorio o institución, teléfono y correo electrónico.
5. Formato de protesta de decir verdad, debidamente requisitado conteniendo firma autógrafa y/o huella dactilar.

Toda la documentación compartida al INE estará sujeta a revisión para determinar el cumplimiento de los requisitos de inscripción a la LNEVA, por lo que, de ser necesario, el INE podrá realizar notificaciones a los medios de contacto que se proporciona en esta solicitud, con la finalidad de compartir el estatus de la revisión, así como, para solicitar, en su caso, alguna documentación de subsane de inconsistencia(s) detectada(s).