



**SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN
"AYUDA DE ANTEOJOS"**

Tipo de Nombramiento		Folio	
Datos del trabajador			
RFC o Filiación	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Clave Presupuestal		Categoría o Puesto	
Pagaduría	Clave de C. T.	Región	¿Ha solicitado anteojos anteriormente? No ___ Si ___ Fecha _____
Nombre y Dirección del C. T.		Localidad	Municipio
Requisitos Presentados			
No. de Factura		Óptica que proporcionó el servicio	
Monto			
<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00 <input type="checkbox"/> \$ 2,185.00		<input type="checkbox"/> (Un mil pesos 00/100 M. N.) <input type="checkbox"/> (Dos mil ciento ochenta y cinco pesos 00/100 M. N.)	
Receta Médica	Folio	Fecha	Prescripción Médica
	Marque con X		
Datos del Beneficiario			
Esposo(a)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Para Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Personal de Apoyo y Asistencia)			
<input type="checkbox"/> Copia del Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica <input type="checkbox"/> Credencial S.E.V. (Trabajador)		<input type="checkbox"/> Copia del acta de Nacimiento Hijo <input type="checkbox"/> Constancia de Original de Estudios Vigentes <input type="checkbox"/> Credencial I.N.E. (Cónyuge - Hijo)	
Datos personales del solicitante: Calle _____ Col. _____ Tel. _____ Loc. _____ Mpio. _____		Hago constar que en caso de que tuviera asignada una plaza Estatal no he solicitado esta prestación en el último año. _____ Firma del Beneficiario _____ Firma del Trabajador	

_____ de _____ del 20__.

A partir de la fecha de cobro de la presente solicitud por vía nómina, tiene un plazo máximo de 15 días para presentar la factura correspondiente o enviar vía correo electrónico sistemaanteojosfederal@msev.gob.mx de lo contrario le será descontada la cantidad autorizada y se le suspenderá temporalmente la prestación hasta que efectúe la comprobación.

