



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			
() \$ 1,000.00 () \$ 2,185.00	(Un mil pesos 00/100 M. N.) (Dos mil ciento ochenta y cinco pesos 00/100 M. N.)	(DOCENTE) (ADMINISTRATIVO)	
Receta Médica	Folio	Fecha	Prescripción Médica
Marque con X		Datos del Beneficiario	
Esposo(a)	Hijo	Apellido Paterno	Apellido Materno
Para Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Personal de Apoyo y Asistencia)			
() Copia del Acta de Matrimonio certificada (Vigencia 3 meses)		() Copia del acta de Nacimiento Hijo	
() Constancia de Dependencia Económica		() Constancia de Original de Estudios Vigentes	
() Credencial S.E.V. (Trabajador)		() Credencial I.N.E. (Cónyuge - Hijo)	
Datos personales del solicitante:		Hago constar que en caso de que tuviera asignada una plaza Estatal no he solicitado esta prestación en el último año.	
Calle _____	_____		
Col. _____	_____		
Tel. _____	_____		
Loc. _____ Mpio. _____	_____		
		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.