



## SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN

Tipo de Nombramiento		<b>"AYUDA DE ANTEOJOS"</b>	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	( Un mil pesos 00/100 M. N. )	(DOCENTE)
( ) \$ 2,185.00	( Dos mil ciento ochenta y cinco pesos 00/100 M. N. )	(ADMINISTRATIVO)

Receta Médica	Folio	Fecha	Prescripción Médica

Marque con X Datos del Beneficiario			
Esposo(a)	Hijo	Apellido Paterno	Apellido Materno

Requisitos para Trabajador, Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Pers. de Apoyo y Asistencia)		
<b>Esposo (a)</b> <input type="checkbox"/> Copia del Acta de Matrimonio certificada <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica <input type="checkbox"/> Credencial I.N.E. (Cónyuge) <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE (Cónyuge)	<b>Hijo (a)</b> <input type="checkbox"/> Copia del acta de Nacimiento Hijo (a) <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica <input type="checkbox"/> Constancia de Estudio Vigentes <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE Hijo (a)	<b>Trabajador (Administrativos y Docentes)</b> <input type="checkbox"/> Credencial S.E.V. (Trabajador) <input type="checkbox"/> Talón de cheque. (Trabajador) <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE (Trabajador)

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 _____	_____ Firma del Beneficiario  _____ Firma del Trabajador
Col. _____	
Tel. _____	
Loc. _____ Mpio. _____	

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_.

A partir de la fecha de cobro de la presente solicitud por vía nóminas, tiene un plazo máximo de 15 días para presentar la factura correspondiente o enviar vía correo electrónico [sistemaanteojosfederal@msev.gob.mx](mailto: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.

