

SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN

| | | | | |
|--|------------------|--|---|--|
| Tipo de Nombramiento | | "AYUDA DE ANTEOJOS" | | 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 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo | | | | |
| | | Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s) |
| Requisitos para Trabajador, Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Pers. de Apoyo y Asistencia) | | | | |
| Esposo (a) <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) | | Hijo (a) <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) <input type="checkbox"/> Credencial I.N.E. (Mayor de 18 años) | | Trabajador (Administrativos y Docentes) <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: 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.