



**SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN
“AYUDA DE ANTEOJOS”**

| | | | |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|--|
| Tipo de Nombramiento | | Folio | |
| Datos del trabajador | | | |
| RFC o Filiación | | Apellido Paterno | Apellido Materno |
| 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 | (Un mil pesos 00/100 M. N.) | (DOCENTE) |
| <input type="checkbox"/> \$ 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 | | | |
| Espos(a) | | Hijo(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"/> Copia del acta de Nacimiento Hijo | <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica | <input type="checkbox"/> Constancia de Original de Estudios Vigentes |
| <input type="checkbox"/> Credencial S.E.V. (Trabajador) | <input type="checkbox"/> Credencial I.N.E. (Cónyuge - Hijo) | | |

| | |
|--|--|
| <p>Datos personales del solicitante:</p> <p>Calle y Número: _____</p> <p>Col. _____</p> <p>Tel. _____</p> <p>Loc. _____ Mpio. _____</p> | <p>Hago constar que en caso de que tuviera asignada una plaza Estatal no he solicitado esta prestación en el último año.</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Firma del Beneficiario</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Firma del Trabajador</p> |
|--|--|

___ 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.