



SOLICITUD PARA OTORGAR LA PRESTACIÓN: "AYUDA PARA ADQUISICION DE ANTEOJOS NACIONALES, LENTES DE CONTACTO Y LENTES INTRAOCULARES."

TRAMITADO POR: _____	VALIDADO POR: _____	PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES	
INTERESADO _____	DELEG.REG.S.E.V. _____	SINDICATO _____	FOLIO _____
PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR			
NÚMERO DE PERSONAL _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____
NÚMERO DE PLAZA _____	CATEGORÍA _____		
ADSCRIPCIÓN _____	LOCALIDAD Y MUNICIPIO _____		
DATOS PERSONALES: DOMICILIO _____		LOCALIDAD _____	
MUNICIPIO _____	TÉLEFONO _____	UNIDAD MÉDICO FAMILIAR _____	
RECETA MÉDICA: FOLIO _____	FECHA _____	NO. DE SEGURIDAD SOCIAL _____	
BENEFICIARIO: MARQUE CON X ESPOSO (A) _____ HIJO (A) _____ PADRE _____ MADRE _____			
APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____	RFC O CURP _____
RECETA MÉDICA: FOLIO _____	FECHA _____	DIAGNÓSTICO MÉDICO _____	
LLENAR ÚNICAMENTE SI ANEXA LA FACTURA COMPROBATORIA			
NOMBRE DE LA ÓPTICA _____			
NÚMERO FACTURA _____	FECHA DE COMPROBACION _____	LOCALIDAD Y MPIO. _____	
FIRMA DEL TITULAR Hago constar que en caso de tener asignada plaza federal no he tramitado ésta prestación.		FIRMA DEL BENEFICIARIO Hago constar que en caso de ser trabajador de la Secretaría de Educación no he tramitado ésta prestación.	
XALAPA, VER., A _____		DE _____ DE 2012	
OBSERVACIONES: "PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES"			
DOCUMENTACION QUE DEBERA ANEXAR A LA SOLICITUD			
TITULAR		ESPOSO(a)	
1.- SOLICITUD DEBIDAMENTE REQUISITADA		1.- SOLICITUD DEBIDAMENTE REQUISITADA	
2.- RECETA MÉDICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL I.M.S.S.		2.- RECETA MÉDICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL I.M.S.S.	
3.- FOTOCOPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO (PARA SERVICIO SUBROGADO)		3.- FOTOCOPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO (PARA SERVICIO SUBROGADO)	
4.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE LA SEV. CON REFRENDO		4.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE LA SEV. DE TITULAR CON REFRENDO	
HIJO(A)		5.- FOTOCOPIA DE ACTA DE MATRIMONIO	
1.- SOLICITUD DEBIDAMENTE REQUISITADA		6.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE IFE (BENEFICIARIO)	
2.- RECETA MEDICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL I.M.S.S.		PADRES	
3.- FOTOCOPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO (PARA SERVICIO SUBROGADO)		1.- SOLICITUD DEBIDAMENTE REQUISITADA	
4.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE LA SEV. DEL TITULAR CON REFRENDO		2.- RECETA MÉDICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL I.M.S.S.	
5.- FOTOCOPIA DE ACTA DE NACIMIENTO (HIJO)		3.- FOTOCOPIA DE LA ORDEN DE SERVICIO (PARA SERVICIO SUBROGADO)	
6.- CONSTANCIA DE ESTUDIOS ORIGINAL VIGENTE (PARA EDAD DE 18 A 25 AÑOS)		4.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE LA SEV. DEL TITULAR CON REFRENDO	
7.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL IFE (PARA EDAD DE 18 A 25 AÑOS)		5.- FOTOCOPIA DE ACTA DE NACIMIENTO DE TITULAR	
8.- CONSTANCIA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL JEFE DE MANZANA Y CERTIFICADA EN EL AYUNTAMIENTO (PARA EDAD DE 18 A 25 AÑOS)		6.- FOTOCOPIA DE CREDENCIAL DE IFE DE BENEFICIARIO	
		7.- CONSTANCIA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA ORIGINAL EXPEDIDA POR EL JEFE DE MANZANA Y CERTIFICADA EN EL AYUNTAMIENTO	
COMPROBACION:	El trabajador dispone de 15 días naturales posteriores al cobro del cheque o recepción del depósito en su cuenta de nómina bancaria, para entregar la factura que compruebe la adquisición de los anteojos.		