



SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN: AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE APARATOS ORTOPÉDICOS, AUDITIVOS Y/O SILLAS DE RUEDAS.

PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NÚMERO DE PERSONAL: _____ R.F.C.: _____		
BENEFICIARIO: TITULAR: _____ ESPOSO(A): _____ HIJO (A): _____ PADRES: _____		
NOMBRE: _____		
APARATO ORTOPÉDICO, AUDITIVO O SILLA DE RUEDAS QUE SOLICITA: _____		
FECHA DE DIAGNÓSTICO: _____ DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL ESPECIALISTA: _____		
TELÉFONOS(S) PARA ACLARACIONES: _____		
		FIRMA DEL TRABAJADOR

REQUISITOS:

- A).- 3 fotocopias de la credencial de elector del trabajador.
 - B).- Original y 2 fotocopias del diagnóstico médico del beneficiario expedido por el I.M.S.S., firmado y sellado.
 - C).- Original y 2 fotocopias del recibo firmado por el trabajador, especificando el importe total de la(s) factura(s).
 - D).- Original y 2 fotocopias de la(s) factura(s), expedida con los siguientes datos:
Nombre: Secretaría de Educación.
R.F.C.: SED-9905019C2
Dirección: Carretera Xalapa-Veracruz Km. 4.5
Col. Rubí Ánimas, C.P. 91193
- En el caso de que el beneficiario sea distinto al titular, además de los requisitos anteriores deberá anexar lo siguiente, según sea el caso:

- Para el beneficiario esposo(a):
- E).- Anexar 3 fotocopias del acta de matrimonio.
- Para beneficiario hijo(a):
- F).- Anexar 3 fotocopias del acta de nacimiento del hijo(a).
- Para beneficiario padres:
- G).- Anexar 3 fotocopias del acta de nacimiento del trabajador.
- H).- En su defecto entregar la documentación complementaria solicitada por el área correspondiente.

NOTA 1:
EN EL ANVERSO DE LA FACTURA DEBERÁ ADEMÁS CONTAR CON EL NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, SIN OBSTRUIR NINGÚN DATO DE LA MISMA.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN	
DATOS DE LA (S) FACTURA (S)	
NÚMERO (S): _____	FECHA _____
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____	
TOTAL FACTURADO: _____	
ORGANIZACIÓN (CLAVE): _____	CONCEPTO: _____
PROGRAMÁTICA (CLAVE): _____	CONCEPTO: _____
TRAMITA	AUTORIZA
_____ JEFE DEL ÁREA DE SEG. SOC. Y PRESTACIONES	_____ JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA ESTATAL
VALIDÓ	
XALAPA, VER., A _____	FOLIO: _____ O.C. _____

NOTA 2: ESTE FORMATO DEBERÁ SER LLENADO A MÁQUINA, EN COMPUTADORA O CON LETRA DE MOLDE TINTA AZUL Y NO SERÁ ACEPTADO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.

