

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN "AYUDA PARA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO"

Solicitante.	Fiscalizó:	Para uso exclusivo de la Oficina de Prestaciones y Seguridad Social Estatal	
Interesado(a)	Del.Reg.S.E.V.	Sindicato.	Fecha de Recepción. Folio.
PARA SER LLENADO POR EL(LA) TRABAJADOR(A)			
Número de Personal	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Numero de Plaza.	Categoría.		
Adscripción.	Localidad y Municipio.		
DATOS PERSONALES: Domicilio.	Correo Electrónico.		
Localidad y Municipio.	Teléfono(s).	Unidad Médica Familiar.	
RECETA MÉDICA: Folio.	Fecha.	No. de Seguridad Social.	
PARA SER LLENADO POR EL(LA) BENEFICIARIO(A)			
Esposo(a)	Hijo(a)	Padre	Madre
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	R.F.C. o C.U.R.P.
RECETA MÉDICA: Folio.	Fecha.		
LLENAR ÚNICAMENTE SI ANEXA LA FACTURA COMPROBATORIA			
Nombre de la Óptica.			
No. de Folio de la Factura.	Importe Total.	Localidad y Municipio.	
Se exhorta al(a) trabajador(a), para que dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha de depósito vía nómina de la prestación, entregue la factura que compruebe la adquisición de los anteojos, en el Departamento de Administración de Personal Estatal.			
FIRMA DEL(A) TITULAR		FIRMA DEL(A) BENEFICIARIO(A)	
Hago constar que en caso de tener asignada plaza federal no he tramitado ésta prestación, y que la información mencionada en los documentos anexos es verídica.		Hago constar que en caso de ser trabajador de la Secretaría de Educación no he tramitado ésta prestación, y que la información mencionada en los documentos anexos es verídica.	
XALAPA, VER., A		DE	
DE 2024			
OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL ESTATAL			
DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD:			
TITULAR		ESOSO(A)	
1.- Solicitud debidamente requisitada.	1.- Solicitud debidamente requisitada.		
2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.	2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.		
3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V. con refrendo vigente y firma legible.	3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.		
HIJO(A)		4.- Fotocopia de acta de matrimonio certificada no mayor a 1 año de expedición.	
1.- Solicitud debidamente requisitada.	5.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a).		
2. Ser mayor de 05 años.	PADRES		
2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.	1.- Solicitud debidamente requisitada.		
3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.	2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.		
4.-Fotocopia de acta de nacimiento del beneficiario(a).	3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y		
5.-Constancia de estudios en original y vigente (de 18 a 25 años).	4.- Fotocopia de acta de nacimiento del(a) trabajador(a).		
6.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a) (de 18 a 25 años).	5.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a).		
	6.-Constancia de dependencia económica en original, expedida por el Jefe de Manzana y certificada en el ayuntamiento correspondiente.		

JAH/IBF/UDMC/allc/bsvd

Torre Orgullo Veracruzano
Av. Lázaro Cardenas No. 1104-B
Col. Revolución C.P. 91100
Xalapa, Ver.
Telefono: (228) 8417700 Ext.7086
www.sev.gob.mx

