



**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN 2025 " 4114 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.		
<b>DATOS PERSONALES:</b> Domicilio.	Correo Electrónico.		
Localidad y Municipio.	Teléfono(s).	Unidad Médica Familiar.	
<b>RECETA MÉDICA:</b> 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.
<b>RECETA MÉDICA:</b> Folio.	Fecha.		

**LLENAR ÚNICAMENTE SI ANEXA LA FACTURA ORIGINAL**

Nombre de la Óptica.	Importe Total.	Localidad y Municipio.
No. de Folio de la Factura.		

**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**

Hago constar que en caso de tener asignada plaza federal no he tramitado esta prestación, y que la información mencionada en los documentos anexos es verídica.

**FIRMA DEL(A) BENEFICIARIO(A)**

Hago constar que en caso de ser trabajador de la Secretaría de Educación no he tramitado esta prestación, y que la información mencionada en los documentos anexos es verídica.

**XALAPA, VER., A**

**DE**

**DE 2025**

**OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL ESTATAL**

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD:**

**TITULAR**

- 1.- Solicitud debidamente requisitada.
- 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S. y sellos.
- 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V. con refrendo vigente y firma legible.

**HIJO(A)**

- 1.- Solicitud debidamente requisitada.
- 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.
- 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.
- 4.-Fotocopia de acta de nacimiento del beneficiario(a).
- 5.-Constancia de estudios en original y vigente (de 18 a 25 años).
- 6.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a) (de 18 a 25 años).

**ESOSO(A)**

- 1.- Solicitud debidamente requisitada.
- 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S. Y sellos.
- 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.
- 4.- Fotocopia de acta de matrimonio certificada no mayor a 1 año de expedición.

**PADRES**

- 1.- Solicitud debidamente requisitada.
- 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.
- 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y
- 4.- Fotocopia de acta de nacimiento del(a) trabajador(a).
- 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.

SEQA/RHP/adrm/allc