



**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN 2025 " 4114 AYUDA PARA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO"**

|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Solicitante.</b>                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Fiscalizó:</b>                                                                                                                     | <b>Para uso exclusivo de la Oficina de Prestaciones y Seguridad Social Estatal</b>                                                                                                                                     |                            |
| Interesado(a)                                                                                                                                                                                                                                                      | Del.Reg.S.E.V.                                                                                                                        | Sindicato.                                                                                                                                                                                                             | Fecha de Recepción. Folio. |
| <b>PARA SER LLENADO POR EL(LA) TRABAJADOR(A)</b>                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 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.                                                                                                                                                                                               |                            |
| <b>PARA SER LLENADO POR EL(LA) BENEFICIARIO(A)</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 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.                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| <b>LLENAR ÚNICAMENTE SI ANEXA LA FACTURA ORIGINAL</b>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 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. |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| <b>FIRMA DEL(A) TITULAR</b><br>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.                                                                     |                                                                                                                                       | <b>FIRMA DEL(A) BENEFICIARIO(A)</b><br>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. |                            |
| <b>XALAPA, VER., A</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       | <b>DE</b>                                                                                                                                                                                                              |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                       | <b>DE 2025</b>                                                                                                                                                                                                         |                            |
| <b>OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL ESTATAL</b>                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| <b>DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD:</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| <b>TITULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>ESPOSO(A)</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 1.- Solicitud debidamente requisitada.                                                                                                                                                                                                                             | 1.- Solicitud debidamente requisitada.                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S. y sellos.                                                                                                                                                                                                   | 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.                                                                                                                                                                                     | 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.                                        |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| <b>HIJO(A)</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | 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.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.                                                                                                                                                                                                             | <b>PADRES</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.                                                                                                                                                                     | 1.- Solicitud debidamente requisitada.                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 4.-Fotocopia de acta de nacimiento del beneficiario(a).                                                                                                                                                                                                            | 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.                                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 5.-Constancia de estudios en original y vigente (de 18 a 25 años).                                                                                                                                                                                                 | 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y                                                       |                                                                                                                                                                                                                        |                            |
| 6.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a) (de 18 a 25 años).                                                                                                                                                                                   | 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