



## SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN FEDERAL

Tipo de Nombramiento		<b>"AYUDA DE ANTEOJOS"</b>		Folio	
<b>Datos del trabajador</b>					
RFC o Filiación	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		
Clave Presupuestal		Categoría o Puesto			
Pagaduría	Clave de C. T.	Región	¿Ha solicitado anteojos anteriormente?		
			No ___ Si ___ Fecha _____		
Nombre y Dirección del C. T.			Localidad	Municipio	
<b>Requisitos Presentados</b>					
No. de Factura		Óptica que proporcionó el servicio			
<b>Monto</b>					
( ) \$ 1,000.00		( Un mil pesos 00/100 M. N. )		( DOCENTE )	
( ) \$ 2,185.00		( Dos mil ciento ochenta y cinco pesos 00/100 M. N. )		( ADMINISTRATIVO )	
Receta Médica	Folio	Fecha	Prescripción Médica		
<b>Marque con X Datos del Beneficiario</b>					
Esposo(a) Hijo		Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
<b>Requisitos para Trabajador, Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Pers. de Apoyo y Asistencia)</b>					
Esposo (a)		Hijo (a)		Trabajador (Administrativos y Docentes)	
( ) Copia del Acta de Matrimonio certificada		( ) Copia del acta de Nacimiento Hijo (a)		( ) Credencial S.E.V. (Trabajador)	
( ) Constancia de Dependencia Económica		( ) Constancia de Dependencia Económica		( ) Talón de cheque. (Trabajador)	
( ) Credencial I.N.E. (Cónyuge)		( ) Constancia de Estudio Vigentes		( ) Receta Médica del ISSSTE	
( ) Receta Médica del ISSSTE (Cónyuge)		( ) Receta Médica del ISSSTE Hijo (a)		( Trabajador )	
		( ) Credencial I.N.E. (Mayor de 18 años)			
<b>Datos personales del solicitante:</b>			Hago constar que en caso de que tuviera asignada una plaza Estatal no he solicitado esta prestación en el último año.		
Calle	_____		_____		
Col.	_____		Firma del Beneficiario		
Tel.	_____		_____		
Loc.	_____	Mpio.	Firma del Trabajador		
			_____		

\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_ .

**A partir de la fecha de cobro de la presente solicitud por vía nómina, tiene un plazo máximo de 15 días para presentar la factura correspondiente o enviar vía correo electrónico sistemaanteojosfederal@msev.gob.mx de lo contrario le será descontada la cantidad autorizada y se le suspenderá temporalmente la prestación hasta que efectúe la comprobación.**