



Departamento de Administración de Personal Estatal

Solicitud para otorgar la prestación: "AYUDA PARA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS Ó LENTES DE CONTACTO"

Solicitante.	Fiscalizó:	Para uso exclusivo del Área de Prestaciones.	
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), dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha de depósito a cuenta bancaria o expedición de cheque del pago correspondiente a la prestación, a entregar la factura que compruebe la adquisición de los anteojos, en el Departamento de Administración para 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 2022.			
OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE PRESTACIONES			
DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD:			
TITULAR		ESPOSO(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.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.		6.-Constancia de dependencia económica en original, expedida por el Jefe de Manzana y certificada en el ayuntamiento correspondiente.	
3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.		PADRES	
4.-Fotocopia de acta de nacimiento del beneficiario(a).		1.- Solicitud debidamente requisitada.	
5.-Constancia de estudios en original y vigente (de 18 a 25 años).		2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.	
6.- Fotocopia de credencial de elector del(a) beneficiario(a) (de 18 a 25 años).		3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del(a) Titular con refrendo vigente y firma legible.	
7.-Constancia de dependencia económica en original, expedida por el Jefe de Manzana y certificada en el ayuntamiento correspondiente (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).	
NOTA: ÚNICAMENTE las facturas digitales podrán enviarse al correo electrónico prestacioneanteojos estatal@msev.gob.mx una vez verificada la factura satisfactoriamente, se reenviará un correo electrónico como acuse de recibo.		6.-Constancia de dependencia económica en original, expedida por el Jefe de Manzana y certificada en el ayuntamiento correspondiente.	

JAH/ISS/UDMAC/brb

Corregidora # 14
Fracc. Los Angeles
C.P. 91060
Xalapa, Ver.

Teléfono: (228) 8417700 Exts. 7086
www.sev.gob.mx