



Departamento de Administración de Personal Estatal

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

|  |                           |  |                          |
|--|---------------------------|--|--------------------------|
| <b>Solicitante.</b>  | <b>Fiscalizó:</b>         | <b>Para uso exclusivo del Área de Prestaciones.</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>   |                           |  |                          |
| Espos(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 COMPROBATORIA</b>   |                           |  |                          |
| Nombre de la Óptica.   |                           |  |                          |
| No. de Folio de la Factura.  | Importe Total.            | Localidad y Municipio.   |                          |
| <b>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.</b> |                           |  |                          |
| <b>FIRMA DEL(A) TITULAR</b>  |                           | <b>FIRMA DEL(A) BENEFICIARIO(A)</b>  |                          |
| <small>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.</small>   |                           | <small>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.</small> |                          |
| <b>XALAPA, VER., A DE DE 2022.</b>   |                           |  |                          |
| <b>OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE PRESTACIONES</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.   |                           | 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.   |                          |
| <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.   |                           | 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.   |                           | <b>PADRES</b>  |                          |
| 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).   |                          |
| <b>NOTA: ÚNICAMENTE</b> las facturas digitales podrán enviarse al correo electrónico <a href="mailto:prestacioneanteojos estatal@msev.gob.mx">prestacioneanteojos estatal@msev.gob.mx</a> 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](http://www.sev.gob.mx)