

Prestación Apoyo para anteojos del sistema federalizado

REQUISITOS PERSONAL DOCENTE (\$1,000) Y PAAE (\$2,185):

- ✓ **Solicitud de prestación de anteojos** llenada a mano con tinta azul (original y 1 copia).
- ✓ **Credencial de la SEV** con resello vigente (2 copias).
- ✓ **Último comprobante de pago** (2 copias).
- ✓ **Receta médica** del ISSSTE (original y 1 copia)

REQUISITOS – ESPOSO(A) DE PAAE:

- **Solicitud de prestación de anteojos** llenada a mano con tinta azul (original y 1 copia).
- **Acta** de matrimonio certificada (2 copias).
- **Constancia** de dependencia económica (original y 1 copia).
- **INE** del cónyuge (2 copias).
- **Receta médica** del ISSSTE expedida en favor del cónyuge (original y 1 copia).

REQUISITOS – HIJO(A) DE PAAE:

- **Solicitud de prestación de anteojos** llenada a mano con tinta azul (original y 1 copia).
- **Acta** de nacimiento del hijo(a) (2 copias).
- **Constancia** de dependencia económica en caso de que el hijo(a) sea mayor de edad (original y 1 copia).
- **Constancia** de estudios vigentes (original y 1 copia).
- **Receta médica** del ISSSTE expedida en favor del hijo(a) (original y 1 copia).

**A partir de la fecha de cobro de esta prestación se cuenta con 15 días para presentar la factura correspondiente o enviar al correo sistemaanteojosfederal@msev.gob.mx de lo contrario se suspenderá la prestación y se descontará de su nómina la cantidad autorizada.



SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESTACIÓN

Tipo de Nombramiento		"AYUDA DE ANTEOJOS"	Folio	
----------------------	--	----------------------------	-------	--

Datos del trabajador			
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

Requisitos Presentados	
No. de Factura	Óptica que proporcionó el servicio

Monto		
() \$ 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

Marque con X Datos del Beneficiario				
Esposo(a)	Hijo	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)

Requisitos para Trabajador, Beneficiarios de Cónyuge y Madres Solteras (Pers. de Apoyo y Asistencia)		
Esposo (a) <input type="checkbox"/> Copia del Acta de Matrimonio certificada <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica <input type="checkbox"/> Credencial I.N.E. (Cónyuge) <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE (Cónyuge)	Hijo (a) <input type="checkbox"/> Copia del acta de Nacimiento Hijo (a) <input type="checkbox"/> Constancia de Dependencia Económica <input type="checkbox"/> Constancia de Estudio Vigentes <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE Hijo (a)	Trabajador (Administrativos y Docentes) <input type="checkbox"/> Credencial S.E.V. (Trabajador) <input type="checkbox"/> Talón de cheque. (Trabajador) <input type="checkbox"/> Receta Médica del ISSSTE (Trabajador)

Datos personales del solicitante:	Hago constar que en caso de que tuviera asignada una plaza Estatal no he solicitado esta prestación en el último año.
Calle _____	_____ Firma del Beneficiario _____ Firma del Trabajador
Col. _____	
Tel. _____	
Loc. _____ Mpio. _____	

_____ de _____ del 20__.

A partir de la fecha de cobro de la presente solicitud por vía nóminas, 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.

