



**SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN 2026 "4114 AYUDA PARA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO"**

|                                       |                |                                                                              |                                  |
|---------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Solicitante:                          | Fiscalizó:     | Para uso exclusivo de la Oficina de Prestaciones y Seguridad Social Estatal: |                                  |
| Interesado(a):                        | Del. Reg. SEV: | Sindicato:                                                                   | Fecha de Recepción: Folio: /2026 |
| PARA SER LLENADO POR EL TRABAJADOR(A) |                |                                                                              |                                  |

|                        |                 |                          |        |
|------------------------|-----------------|--------------------------|--------|
| No. De Personal        | Primer Apellido | Segundo Apellido         | Nombre |
| Número de Plaza:       |                 | Categoría:               |        |
| Adscripción:           |                 | Adscripción:             |        |
| Domicilio:             |                 | Correo Electrónico:      |        |
| Localidad y Municipio: | Teléfono(s):    | Unidad Médica Familiar:  |        |
| RECETA MÉDICA          | Folio:          | No. de Seguridad Social: |        |

|                                         |             |           |           |
|-----------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| PARA SER LLENADO POR EL BENEFICIARIO(A) |             |           |           |
| Esposo(a) ( )                           | Hijo(a) ( ) | Padre ( ) | Madre ( ) |

|                 |                  |        |                   |
|-----------------|------------------|--------|-------------------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre | R.F.C. o C.U.R.P. |
| RECETA MÉDICA   | Folio:           | Fecha: |                   |

**LLENAR ÚNICAMENTE SI ANEXA LA FACTURA ORIGINAL**

|                             |                |                        |
|-----------------------------|----------------|------------------------|
| Nombre de la Óptica:        |                |                        |
| No. de Folio de la Factura: | Importe Total: | Localidad y Municipio: |

Se exhorta al trabajador(a) para que, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la fecha de depósito de la prestación vía nómina, entregue la factura que compruebe la adquisición de los anteojos o lentes de contacto en el Departamento de Administración de Personal Estatal.

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>FIRMA DEL TITULAR</b><br>Hago constar que quedo sujeto a lo establecido en la convocatoria y lineamientos específicos para solicitar la prestación "(4114) Ayuda para la Adquisición de Anteojos o Lentes de Contacto" del Sistema Estatal.<br>XALAPA, VER., A DE 2026 | <b>FIRMA DEL BENEFICIARIO(A)</b><br>Hago constar que quedo sujeto a lo establecido en la convocatoria y lineamientos específicos para solicitar la prestación "(4114) Ayuda para la Adquisición de Anteojos o Lentes de Contacto" del Sistema Estatal.<br>DE 2026 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**OBSERVACIONES - USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PRESTACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL ESTATAL**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD**

|                                                                                                |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 firma legible, o constancia de servicio vigentes. | 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del Titular con refrendo vigente y legible                                                                                 |
| 4.- Fotocopia de credencial de elector vigente.                                                | 4.- Fotocopia de acta de matrimonio certificada con fecha de expedición no mayor a 1 año.                                                                            |
| <b>HIJO(A) 5 a 25 años</b>                                                                     | 5.- Fotocopia de credencial de elector vigente del beneficiario(a).                                                                                                  |
| 1.- Solicitud debidamente requisitada.                                                         | <b>PADRES</b>                                                                                                                                                        |
| 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.                                         | 1.- Solicitud debidamente requisitada.                                                                                                                               |
| 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del Titular con refrendo vigente y firma legible.    | 2.- Receta médica en original expedida por el I.M.S.S.                                                                                                               |
| 4.- Fotocopia de acta de nacimiento del beneficiario(a).                                       | 3.- Fotocopia de credencial de la S.E.V., del Titular con refrendo vigente y firma legible.                                                                          |
| 5.- Constancia de estudios en original y vigente (de 18 a 25 años).                            | 4.- Fotocopia de acta de nacimiento del trabajador(a).                                                                                                               |
| 6.- Fotocopia de credencial de elector vigente del beneficiario(a) (de 18 a 25 años).          | 5.- Fotocopia de credencial de elector vigente del beneficiario(a).                                                                                                  |
|                                                                                                | 6.- Constancia de dependencia económica en original, con fecha de expedición al año vigente por el Jefe de Manzana y certificada en el Ayuntamiento correspondiente. |