

SINDICATO DE TRABAJADORES ACADÉMICOS Y ADMINISTRATIVOS DEL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

SOLICITUD DE AYUDA PARA LA COMPRA DE ANTEOJOS

DATOS DEL TRABAJADOR NOMBREISO R.F.C. PLANTEL NÚM. EMPLEDO NOMBRAMIENTO DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PARENTESCO CON EL TRABAJADOR DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA OPTICA LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO DEL ARMAZON COSTO DEL LENTE COSTO DEL ARMAZON COSTO DEL LENTE COSTO DEL ARMAZON COSTO DEL LENTE COSTO DEL SETADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITO WEB www.siancchisch.org. 2. ILENAR STA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. N. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL AVUIDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M. CADA DOS AÑOS. 1. AL RECEDIÓN DE LA OPTICA. 1. AL EL TRABAJADOR PAGARA EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 1. AL RECEDIÓN DE CONTAMO DE LE DENMATO PARA QUE SEA RECUISITADA POR LA OPTICA. 2. EL TRABAJADOR PAGARA EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 3. AL DIVERS DE RECEDIÓN DE LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARA EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 4. EL TRABAJADOR DE LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARA EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 4. EL TRABAJADOR DE LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARA EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 4. EL TRABAJADOR DE LA OPTIC								
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO R.F.C. PLANTEL NÚM. EMPLEADO NOMBRAMIENTO DOCENTE ADMINISTRATIVO DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PARENTESCO CON EL TRABAJADOR DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DEL AÓPTICA NOMBRE DEL PADPLETARIO LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO DEL ENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR DE CHICHUS DE CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALUBRA DESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PROMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. SI CHICHUS ESTA DEL CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PRIMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. STAR DESTA CONTRO DE EL SITIO WEB SWW. STATACHOR DE LESACIONAL DO CONTRO DE CONTRO				DÍA		MES	AÑO	
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO R.F.C. PLANTEL NÚM. EMPLEADO NOMBRAMIENTO DOCENTE ADMINISTRATIVO DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PARENTESCO CON EL TRABAJADOR DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DEL AÓPTICA NOMBRE DEL PADPLETARIO LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO DEL ENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR DE CHICHUS DE CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALUBRA DESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PROMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. SI CHICHUS ESTA DEL CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PRIMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. STAR DESTA CONTRO DE EL SITIO WEB SWW. STATACHOR DE LESACIONAL DO CONTRO DE CONTRO								
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO R.F.C. PLANTEL NÚM. EMPLEADO NOMBRAMIENTO DOCENTE ADMINISTRATIVO DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PARENTESCO CON EL TRABAJADOR DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DEL AÓPTICA NOMBRE DEL PADPLETARIO LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO DEL ENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: LA FACTURA DEBERÁ ESTAR DE CHICHUS DE CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALUBRA DESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PROMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. SI CHICHUS ESTA DEL CONTRO DE EL SITIO WEB sww. stataccion.no. DE LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PRIMATO PARA QUE SEA RECUSITAZA POR LA OPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. ANDENTA DE SETUDIANTE. STAR DESTA CONTRO DE EL SITIO WEB SWW. STATACHOR DE LESACIONAL DO CONTRO DE CONTRO		DATOS	DEL TRABAJADOR					
DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PADRE DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DEL PROPIETARIO COSTO DEL ABMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO DEL ABMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORITANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SÍTIO WEB WWW.SIANCOBACH.ORG. 2. LIENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS. QUE SE PIDEN. 3. LA AVUIDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO SE SE DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. PUEDEN SER BENEFICIARIOS. EL TRABAJADORIA), ESPOSA, HIDIÁN, PADRE Y MADRE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRITARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANANDOD RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.				SEGUNDO APELLIDO				
DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON EL TRABAJADOR PADRE DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DEL PROPIETARIO COSTO DEL ABMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO DEL ABMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORITANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SÍTIO WEB WWW.SIANCOBACH.ORG. 2. LIENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS. QUE SE PIDEN. 3. LA AVUIDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO MM. CADA DOS ARIOS1. AVIUDA SERÁ DE HASTA SÁ,500 DO SE SE DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. PUEDEN SER BENEFICIARIOS. EL TRABAJADORIA), ESPOSA, HIDIÁN, PADRE Y MADRE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRITARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANANDOD RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR MADRE DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DEL PROPIETARIO ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL STÍTO WEB Www.stasacobach.org. 2. LIERAR ESTA SOLICITUDO CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTADA POR LA ÓPTICA DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONIAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAMOLOGIO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	R.F.C.	PLANTEL	NÚM. EMPLEADO		NOMBRAMIENTO			
DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN NOMBRE COMPLETO PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR PARENTESCO CON ELTRABAJADOR MADRE DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DEL PROPIETARIO ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL STÍTO WEB Www.stasacobach.org. 2. LIERAR ESTA SOLICITUDO CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTADA POR LA ÓPTICA DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONIAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAMOLOGIO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.					ADMINISTRATIVO			
PARENTESCO CON EL TRABAJADOR NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DEL PROPIETARIO COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: ESTA PRESTACIÓN SE EIERCE UNA VEZ CADA DOS AÑOS. LA AVUDA SERÁ DE HASTA 53,000 OM N. CADA DOS AÑOS. LA AVUDA SERÁ DE HASTA 53,000 OM N. CADA DOS AÑOS. LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CUBSO. PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADORÍAJ, ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. 4. EL TRABAJADOR PAGASAÉ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.		DATOS DEL DESTI	NATARIO DE LA PRESTAC		CENTE	<u> </u>	1113110111110	
DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA DIAGNÓSTICO DEL ESPECIALISTA COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALCUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTIZADA POR LA ÓPTICA. 1. SEL HUIO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 4. EL TRABAJADOR RAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRAMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.							EDAD	
DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA DIAGNÓSTICO DEL ESPECIALISTA COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALCUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTIZADA POR LA ÓPTICA. 1. SEL HUIO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 4. EL TRABAJADOR RAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRAMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA DIAGNÓSTICO DEL ESPECIALISTA COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ALCUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTIZADA POR LA ÓPTICA. 1. SEL HUIO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 4. EL TRABAJADOR RAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRAMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.		PARENTES	CO CON EL TRABAJADOR					
DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DE LA ÓPTICA NOMBRE DE LA OPTICA NOMBRE DE LA OPTICA NOMBRE DE LA OPTICA ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE COSTO DEL LENTE COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO -ESTA PRESTACIÓN SE EJERCE UNA VEZ CADA DOS AÑOS. -LA APUDA SERA DE HASTA \$3,500.00 M.N. CADA DOS AÑOS. -LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. -PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIDO(A), PADRE Y MADRE. -PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR (A), ESPOSA, HIDO(A), PADRE Y MADRE. -SEL HIDO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. DATOR -SUBMAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÂMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	○ FSPOSA	(A)			C F	PADRE		
ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE COSTO DEL LENTE COSTO DEL ARMAZÓN COSTO DEL LENTE COSTO TOTAL LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB WWW.staacobach.org. 2. LILENAR ESTA SOLICITU CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LUENANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISTADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGAR EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SCRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	<u> </u>			CA		ADIL		
LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB WWW.staacobach.org. 2. LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISITADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB WWW.staacobach.org. 2. LILENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISITADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LIENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISITADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÂMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OPTICA.	ESPECIALISTA QUE LO A		DIAGNÓSTICO DEL ESPECIALISTA					
LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LIENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISITADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÂMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OPTICA.								
LA FACTURA DEBERÁ ESTAR A NOMBRE DE: COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA AVE. JUÁREZ #1402 COL. CENTRO C.P. 31000 CHIHUAHUA, CHIH. R.F.C. CBE851225-AQ2 IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LIENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA DE SU ELECCIÓN, LLEVANDO EL FORMATO PARA QUE SEA REQUISITADA POR LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÂMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OPTICA.	COSTO DEL ARMAZÓN COST		STO DEL LENTE	ENTE COSTO TOTAL				
IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGRAF EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTA FORMATO DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE OEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.			0.0 022 22.002			70010 101712		
IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGRAF EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTA FORMATO DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE OEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGRAF EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTA FORMATO DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE OEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	I A FACTURA DEBERÁ ESTAR A	NOMBRE DE:	COLEGIO DE BACHILL	FRES DEI	FSTADO	DF CHIHU	ΔΗΙΙΔ	
IMPORTANTE: PROCEDIMIENTO 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. 5. IEL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	_							
• ESTA PRESTACIÓN SE EJERCE UNA VEZ CADA DOS AÑOS. • LA AYUDA SERÁ DE HASTA \$3,500.00 M.N. CADA DOS AÑOS. • LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. • PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. • SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. • CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	AVE. JUANEZ #1402 COL. CEN	TRO C.P. 31000	Спіпоапоа, спі	п. п		DLOJIZZ	J-AQZ	
• ESTA PRESTACIÓN SE EJERCE UNA VEZ CADA DOS AÑOS. • LA AYUDA SERÁ DE HASTA \$3,500.00 M.N. CADA DOS AÑOS. • LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. • PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. • SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. • CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 1. DESCARGAR EL FORMATO DE EL SITIO WEB www.staacobach.org. 2. LLENAR ESTA SOLICITUD CON LOS DATOS QUE SE PIDEN. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
• LA AYUDA SERÁ DE HASTA \$3,500.00 M.N. CADA DOS AÑOS. • LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. • PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. • SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.		4 2550420425150						
• LA FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN ES 15 DE NOVIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. • PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. • SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. • SI EL HIJO (A) E STUDIANTE. 3. ACUDIR A LA ÓPTICA. 4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.			9					
PUEDEN SER BENEFICIARIOS: EL TRABAJADOR(A), ESPOSA, HIJO(A), PADRE Y MADRE. SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. S. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
MADRE. • SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.								
SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO, DEBERÁ PRESENTAR CONSTANCIA DE ESTUDIANTE. 5. TURNAR ESTE FORMATO CON SU SECRETARIO GENERAL DELEGACIONAL O CON UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA ORIGINAL DE LA ÓPTICA.	* **	4. EL TRABAJADOR PA	4. EL TRABAJADOR PAGARÁ EL COSTO TOTAL DE SUS LENTES.					
C DAÚI DODDÍCHEZ ALVADADO	· SI EL HIJO(A) ES MAYOR DE EDAD Y ESTÁ ESTUDIANDO,	UN INTEGRANTE DEL ANEXANDO RECET	UN INTEGRANTE DEL STAACOBACH, PARA SU TRÁMITE CORRESPONDIENTE, ANEXANDO RECETA DEL OFTALMOLOGO DEL ISSSTE Y FACTURA					
L RATH RUDRIGUE AND ARABIT CHILD CHILD IN CHILD IN CADIL INCADIL INCADIL INCADIL INCADIL INCADIL INCADIL INCADIL	C. RAÚL RODRÍGUEZ ALVAR	ADO	SELLO DE LA	-	EIRNAA	DEL RESDONI	SARIE DE LA	

ÓPTICA

SECRETARIO DE ORGANIZACIÓN, PRENSA Y PROPAGANDA A

ÓPTICA