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

SOLICITUD DE AYUDA PARA LA COMPRA DE ANTEOJOS

DÍA	MES	AÑO

DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE(S)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
R.F.C.	PLANTEL	NÚM. EMPLEADO	NOMBRAMIENTO
			◯ DOCENTE ◯ ADMINISTRATIVO

DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN			
NOMBRE COMPLETO			EDAD
PARENTESCO CON EL TRABAJADOR			
◯ ESPOSA	◯ HIJO(A)	◯ MADRE	◯ PADRE

DATOS PROPORCIONADOS POR LA ÓPTICA		
NOMBRE DE LA ÓPTICA	NOMBRE DEL PROPIETARIO	
ESPECIALISTA QUE LO ATIENDE	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:

- 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.

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 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.**

C. RAÚL RODRÍGUEZ ALVARADO
SECRETARIO DE ORGANIZACIÓN, PRENSA Y PROPAGANDA A

SELLO DE LA ÓPTICA

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ÓPTICA