



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 <input type="radio"/> DOCENTE <input type="radio"/> ADMINISTRATIVO	
DATOS DEL DESTINATARIO DE LA PRESTACIÓN					
NOMBRE COMPLETO					EDAD
PARENTESCO CON EL TRABAJADOR					
<input type="radio"/> ESPOSA		<input type="radio"/> HIJO(A)		<input type="radio"/> MADRE	
				<input type="radio"/> 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.**

LIC. KIRA ALEJANDRA ARMENDÁRIZ CUEVAS
SECRETARÍA DE PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL DEL STAACOBACH

SELLO DE LA
ÓPTICA

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA
ÓPTICA