



FOLIO: _____

FECHA: ____/____/____

Dirección de Prestaciones y Servicios -FSAO VERSIÓN 2.

TRÁMITE GRATUITO

ADMINISTRATIVO

DOCENTE

HOMOLOGADO

DATOS DEL SOLICITANTE										
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S)	
R.F.C.					CORREO ELECTRÓNICO				(LADA) TELÉFONO PART. / CELULAR	
CALLE			Nº. EXT. / Nº. INT.		COLONIA			MUNICIPIO		C.P.
CLAVE DEL C.T.:		MUNICIPIO C.T.:			ZONA ESCOLAR:					
SOSTENIMIENTO:					FEDERAL			ESTATAL		

PLAZA / CLAVE (S) PRESUPUESTAL (ES)										
CÓD.	UNI.	SUB. UNIDAD	CATEGORÍA	HORAS	CONSECUTIVO					

OBSERVACIONES

FIRMA DEL INTERESADO

SELLO Y FIRMA DE RECIBIDO

"Todos los requisitos son indispensables para la realización de este trámite. Todos los campos de este formato deberán ser debidamente llenados. No se aceptarán si presentan tachaduras o enmendaduras o corrección alguna.
 Es responsabilidad de los solicitantes el cumplimiento a los requisitos y el conocimiento de las disposiciones normativas aplicables al trámite solicitado."
 "La confidencialidad de los datos personales recabados, será protegida por la Secretaría de Educación de Guanajuato, en atención a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato; y la obtención de los mismos, tiene como finalidad de realizar un trámite por parte de esta dependencia. Asimismo, se le informa que sus datos personales no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley"
 "El solicitante, es responsable de la veracidad de la información, por lo cual se da por enterado de las acciones que conllevan el proporcionar información falsa ante una autoridad en el ejercicio de sus funciones."

Solicitud de Ayuda para Aparatos Ortopédicos

Secretaría de Educación de Guanajuato
Subsecretaría de Recursos Humanos y Servicio Profesional Docente
Dirección General de Nomina y Prestaciones

ESTE TRÁMITE ES **COMPLETAMENTE GRATUITO**

NOMBRE DEL INTERESADO:	FOLIO DGARH:
TRÁMITE SOLICITADO:	

SELLO DE RECEPCIÓN

Solicitud de Ayuda para Aparatos Ortopédicos

DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

Subsecretaría de Recursos Humanos y Servicio Profesional Docente - Dirección General de Nómina y Prestaciones

OBJETIVO

Brindar apoyo económico a todo el personal docente, de apoyo, directivo y asistencia a la educación para la adquisición de aparatos ortopédicos.

LUGAR PARA REALIZAR EL TRÁMITE

Módulo de atención a usuarios de la DGNP

USAE del municipio

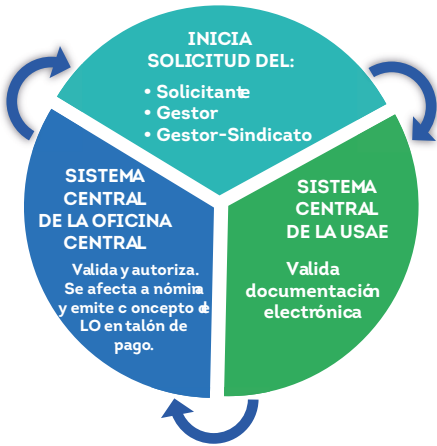
Delegación Regional

Centro de Trabajo Educativo

Supervisión Escolar

Oficinas Centrales

CICLO DEL SERVICIO



MAYORES INFORMES

Unidad Puentecillas:
Carretera Guanajuato-Puentecillas
Km 9.5 Guanajuato, Gto.
Tel. (473) 73 51200
apoyo_lentes@seg.guanajuato.gob.mx



TRÁMITE GRATUITO



I. RESPONSABILIDAD DEL USUARIO PARA INGRESAR EL TRÁMITE

1. Solicitud del trámite debidamente llenada y firmada por el interesado.
2. Copia del talón de pago.
3. Receta firmada y sellada original emitida por el ISSSTE (En caso de ingresar la receta del cónyuge, ésta deberá estar a su nombre).
4. Comprobante fiscal en original (En caso de ingresar trámite para el cónyuge, este deberá estar a nombre del trabajador).
5. Archivo del comprobante fiscal electrónico en PDF.
6. Archivo del comprobante fiscal electrónico en formato XML.
7. Copia del correo enviado.
8. Copia de credencial del INE del trabajador y en su caso del cónyuge.
9. Copia del acta de nacimiento del beneficiario.
10. Copia del acta de nacimiento actualizada de los dependientes económicos.
11. Copia de documento que acredite el parentesco.
12. Constancia de dependencia económica.

PERSONAL DOCENTE Y DE APOYO

- Presentar requisitos del 1 al 8.

BENEFICIARIOS PERSONAL DOCENTE, DIRECTIVO, APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN

- Presentar requisitos del 1 al 12.

II. REQUISITOS PARA LA ENTREGA DEL TRÁMITE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

1. Acuse de recibido.

III. RESPUESTA DE ATENCIÓN DE SU TRÁMITE

1. Acuse de recibido.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para la procedencia del pago es obligatorio enviar al correo electrónico apoyo_lentes@seg.guanajuato.gob.mx, la factura, de lo contrario no procederá. Prescribe a los seis meses de haberse emitido la receta médica.

El monto de la prestación personal **docente** \$1,800.00 tener más de seis meses en la plaza y ser el titular de la misma. Personal **administrativo y de confianza (nivel 4)** \$2,185.00 tener más de seis meses en la plaza y ser el titular de la misma. Dicha prestación es una vez al año.

No procede el trámite cuando no es titular de la plaza, no tener reserva de base, ser interino, cubrir licencia prejubilatoria, tener menos de seis meses en la plaza.

1. Al ingresar su trámite verifique que cumpla con la totalidad de los requisitos y en el orden establecido.
2. En caso de hacernos alguna sugerencia de mejora puede presentarla en: f_manriquez@seg.guanajuato.gob.mx



HORARIO DE ATENCIÓN
de **lunes a viernes:**
09:00 a 15:00 hrs.