

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL DE PROCESOS DE NÓMINA
DEPARTAMENTO TRÁMITES DE PRESTACIONES**

CONCEPTO	CLAVE ESTATAL	CLAVE FEDERAL	IMPORTE	PERIODO DE PAGO	ALCANCE	BENEFICIARIOS	OBSERVACIONES
APOYO PARA LENTES	30	31	\$2,185.05	APOYO UNICO ANUAL	ESTE BENEFICIO SE HACE EXTENSIVO AL CÓNYUGE DEL TRABAJADOR, O PARA EL CASO DE MADRES SOLTERAS TRABAJADORAS DE LA SEC SE PODRÁ HACER EXTENSIVO A UN(A) HIJO(A), PREVIA PRESCRIPCIÓN MEDICA DEL ISSSTE O ISSSTESON. <u>*NOTA:</u> TRABAJADOR VARON, NO PUEDE TRAMITAR LENTES A HIJO(A), ÚNICAMENTE A ESPOSA.	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACION	SE DEBE CONTAR CON 6 MESES DE ANTIGÜEDAD EN PLAZA BASE NO SE CUBRE A INTERINATOS

EN TODOS LOS CASOS DEBEN PRESENTARSE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- FORMATO DE SOLICITUD DE APOYO PARA LENTES DEBIDAMENTE ELABORADA.

REQUISITOS ADICIONALES CUANDO EL TRÁMITE PARA EL TRABAJADOR:

- PRESUPUESTO DE ÓPTICA AFILIADA A LA SEC A NOMBRE DEL TRABAJADOR.
- RECETA MÉDICA EXPEDIDA POR ISSSTE O ISSSTESON A NOMBRE DEL TRABAJADOR

REQUISITOS ADICIONALES CUANDO EL TRÁMITE PARA CÓNYUGE DEL TRABAJADOR:

- COPIA DEL ACTA DE MATRIMONIO PARA COMPROBAR EL VÍNCULO
- RECETA MÉDICA EXPEDIDA POR ISSSTE O ISSSTESON A NOMBRE DEL CÓNYUGE
- PRESUPUESTO DE ÓPTICA AFILIADA A LA SEC A NOMBRE DEL CÓNYUGE.

REQUISITOS ADICIONALES CUANDO EL TRÁMITE PARA HIJO(A) DE LA TRABAJADORA:

- COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO
- RECETA MÉDICA EXPEDIDA POR ISSSTE O ISSSTESON A NOMBRE DEL HIJO(A).
- PRESUPUESTO DE ÓPTICA AFILIADA A LA SEC A NOMBRE DEL HIJO(A).

REQUISITOS ADICIONALES CUANDO EL TRÁMITE ES CON FACTURA:

- PRESENTAR RECETA DE ISSSTE O ISSSTESON
- SOLICITUD DE TRAMITE DE PAGO
- FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR
- ACTA DE NACIMIENTO/MATRIMONIO PARA COMPROBAR EL VINCULO