**SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN**

SNTE 50 – NUEVO LEÓN

GESTIÓN SINDICAL 2017-2021

**SECRETARIA DE PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN**

FORMATO ÚNICO 2022

SOLICITUD DE BONO ORTOPÉDICO Y ANTEOJOSEMPLEADO,

CÓNYUGE O MADRE SOLTERA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL EMPLEADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **REGIÓN** | | | | | | | | | **CATEGORÍA** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |
| **NÚMERO DE PLAZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TELEFONO DE CONTACTO** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **C U R P** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NÚMERO DE EMPLEADO** | | | | | | | | | | | **R. F. C.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **CORREO ELECTRONICO** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SELECCIONA EL BONO SOLICITADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BONO**  **EMPLEADO** | | | | | | |  | | | | **BONO EMPLEADO Y CÓNYUGE** | | | | | | | | | | | |  | | | | | **BONO EMPLEADA MADRE SOLTERA** | | | | | | | | |  | | | | |
| **DATOS DEL CÓNYUGE Y/0 HIJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **C U R P** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PARA ANEXAR SEGÚN EL BONO SOLICITADO** | | |
| **EMPLEADO** | **EMPLEADO Y CÓNYUGE** | **EMPLEADA Y**  **MADRE SOLTERA** |
| 1.- Solicitud original llenada a tinta azul.  2.- Talón de cheque no mayor a 15 días.  3.- Credencial de Servicio Médico  y/o Vigencia Actualizada.  4.- CURP Actualizado del año en curso.  5.- Receta Médica del año en curso para cada tipo de bono. | 1.- Solicitud original llenada a tinta azul.  2.- Talón de cheque no mayor a 15 días.  3.- Credencial de Servicio Médico de ambos.  4.- CURP Actualizado del año en curso de ambos.  5.- Acta de Matrimonio del año en curso o en su defecto Carta que avale el concubinato de 1 año en adelante firmada y sellada por el secretario del ayuntamiento.  6.- Factura electrónica original, por cada tipo de bono **A NOMBRE DEL EMPLEADO CON FOLIO FISCAL.**  7.- Receta Médica del año en curso para cada tipo de bono de ambos.  **Nota. - La empleada podrá solicitar el bono, si él cuenta con la credencial de servicio médico y no tiene la misma prestación, de lo contrario no procederá el trámite** | 1.- Solicitud original llenada a tinta azul.  2.- Talón de cheque no mayor a 15 días.  3.- Credencial de Servicio Médico de ambos.  4.- CURP Actualizado del año en curso de ambos.  5.- Acta de Nacimiento del año en curso.  6.- Factura electrónica original, por cada tipo de bono **A NOMBRE DEL EMPLEADO CON FOLIO FISCAL.**  7.- Receta Médica del año en curso para cada tipo de bono de ambos.  **Nota. - La empleada podrá solicitar el bono, si él HIJO cuenta con los apellidos de la madre solamente, de lo contrarío el trámite no procede.** |

**HAGO CONSTAR QUE LA INFORMACIÓN QUE AQUÍ PROPORCIONO ES VERDADERA**

SELLO DEL SINDICATO

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA DEL EMPLEADO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN A \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL 2022