

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA

I. DATOS DE LA SOLICITUD (Llenar en tinta azul, con mayúsculas, minúsculas y acentuado)		
LUGAR:	FECHA:	BECAS PARA HIJOS DE LOS TRABAJADORES (ALTO APROVECHAMIENTO ESCOLAR 2024-2025)

II. TIPO DE PERSONAL	
PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO	PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACIÓN

III. RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN, O BECA QUE SOLICITA			
Rafael Ramírez (1)	Gratificación de 25 a 30 Años de Servicio (2)	Desempeño (3)	
Puntualidad y Asistencia (4)	Becas para Hijos con Capacidades Diferentes (5)	Antigüedad en el Servicio (6)	Becas por Aprovechamiento (7)

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR			
NOMBRE:			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
FILIACIÓN		NOMBRE(S)	
CURP			
DOMICILIO PARTICULAR:			
CALLE Y No.		COLONIA	
POBLACIÓN		C.P.	
MUNICIPIO		ESTADO	
CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO	

V. DATOS LABORALES			
ADSCRIPCIÓN:			
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO			
C.C.T.		DOMICILIO	
ZONA ESCOLAR			
POBLACIÓN		TELÉFONO	
MUNICIPIO		ESTADO	
FECHA DE INGRESO A LA SEP.		ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: AÑOS	
CATEGORIA:		CLAVE DE PLAZA(S)	
JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SÍ NO		FECHA TÉRMINO PRE JUBILATORIO:	

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca por Aprovechamiento o con Capacidades Diferentes) ciclo escolar													
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
SEXO: M F													
Aprovechamiento	Fecha de Nacimiento			R.F.C.									
	Día	Mes	Año										
	DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR												
	Nombre de la Escuela y Centro de Trabajo										Municipio		
	Nivel Educativo			Primaria	Secundaria	Medio Superior	Superior	PROMEDIO					
	Grado/Semestres												
Cap. Dif.	ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE:												
	INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE DICTAMEN:												
	REQUIERE DE LENTES SÍ NO			REQUIERE APARATO ORTOPÉDICO SÍ NO			ESPESIFIQUE:						

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)															
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
*Constancia de Antigüedad Original y reciente (Decanato) y para personal activo y jubilado.								*Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende.							
*Fotocopia del último talón de pago (Nomina Ordinaria).							X	*Propuesta Escrita de jefe Inmediato Superior.							
*Identificación oficial (INE) vigente en copia ampliada a media carta.							X	*Firma en la Solicitud del Representante Sindical.							X
*Fotocopia de acta de nacimiento y CURP.								*Firma en la Solicitud del Titular del C.C.T.							X
*Fotocopia de acta de nacimiento o documento legal del hijo correspondiente, cotejado contra original por el Titular del C. T.							X	*Firma en la Solicitud del Interesado.							X
*Dictamen Médico Original firmado y sellado; emitido por el ISSSTE, CREEY DIFEM con vigencia máxima de seis meses a partir de la fecha de su expedición, según (inciso d) convocatoria vigente								*Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio de 8.5 ciclo escolar 2024-2025 y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel correspondiente *Para Educación Media y Superior constancia original, que especifique, Ciclo escolar 2024-2025, clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente.							X

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo, gratificación o beca señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento y en caso de ser autorizado el pago correspondiente y falleciera antes de recibirlo, SEÑALO COMO BENEFICIARIO(S) PARA QUE LO RECIBA(N) A: (NO APLICA PARA ESTÍMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA).

IX INTERESADO	
AVISO DE PRIVACIDAD Los datos personales recabados por los Servicios Educativos Integrados al Estado de México a través de la Dirección de Administración y Desarrollo de Personal para otorgar las prestaciones económicas, de seguridad social y laborales previstas en la ley y la normatividad vigente, a las que tienen derecho cada trabajador, están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México. El acceso a la información personal está limitado sólo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o Institucionales que requieran estos datos por la relación que tengan con este organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la pagina www.seiem.gob.mx	
X. FIRMA DEL TRABAJADOR	
XI. REPRESENTANTE SINDICAL	XII. TITULAR DEL C.C.T.
NOMBRE, FIRMA Y SELLO	NOMBRE, FIRMA Y SELLO

