

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE AYUDA ALIMENTARIA

Osdop otorga ayuda alimentaria para personas con enfermedad celiaca de acuerdo a la Ley 26.588, modificada por la Ley 27.196.

Para acceder a este beneficio, debe presentarse el siguiente formulario completado por su médico tratante, constancia médica con diagnóstico, estudios realizados (laboratorios, biopsia, etc.) y un resumen de historia clínica.

Adicionalmente, se deberán enviar los datos bancarios del beneficiario/a (CBU — Alias — Nro de cuenta — Nombre y Apellido — CUIL — Banco) o su adulto responsable para la transferencia correspondiente.

Apellido y Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de Afiliado: \_\_\_\_\_

### Serología:

a-tTG IgA: Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

IgA total: Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DGP IgG: Valor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(si IgA baja/deficiencia)

### Endoscopia + biopsias:

Informe endoscópico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Histología con clasificación de Marsh-Oberhuber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Resumen de criterios diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Profesional tratante