

**Programa de marihuana
medicinal de Oregón
SOLICITUD**

OFFICIAL USE ONLY			
CHC	FS	OHP	SSI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Debe llenar todas las áreas marcadas **OBLIGATORIO**.
LLENE EL FORMULARIO A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE CLARA.

A OBLIGATORIO		INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE	
NOMBRE LEGAL (APELLIDO, 1º NOMBRE, INICIAL DEL 2º NOMBRE):		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
DOMICILIO POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:
Documento de identidad (ID) con foto: debe adjuntar copia de uno de los siguientes tipos de ID. Marque el casillero que corresponda :			
[] N° de ID o licencia de conducir de Oregón : _____			
[] N° de otro ID emitido por el gobierno federal o estatal de los EE.UU : _____			

B OPCIONAL		INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADOR (<i>no puede ser su médico</i>)	
NOMBRE LEGAL (APELLIDO, 1º NOMBRE, INICIAL DEL 2º NOMBRE):		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
DOMICILIO POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:
Documento de identidad (ID) con foto: debe adjuntar copia de uno de los siguientes tipos de ID. Marque el casillero que corresponda :			
[] N° de ID o licencia de conducir de Oregón : _____			
[] N° de otro ID emitido por el gobierno federal o estatal de los EE.UU : _____			

C OBLIGATORIO		INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA A CARGO DEL CULTIVO	
NOMBRE LEGAL (APELLIDO, 1º NOMBRE, INICIAL DEL 2º NOMBRE):		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
DOMICILIO POSTAL:		FECHA DE NACIMIENTO:	
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	CONDADO:
Identificación con foto: debe adjuntar una copia de alguno de los siguientes tipos de identificación. Marque el casillero que corresponda:			
[] N° de la ID/licencia de conducir de Oregón: _____			
[] N° de otra ID emitida por el Estado Federal o estadual de los EEUU: _____			

D OBLIGATORIO		DOMICILIO DEL LUGAR DE CULTIVO	
DOMICILIO FÍSICO:			
CIUDAD:	OREGÓN	CÓDIGO POSTAL:	
CONDADO:			

D OBLIGATORIO		TARIFA DE SOLICITUD Y DE REGISTRO DEL LUGAR DE CULTIVO (<i>como corresponda</i>)	
La tarifa de solicitud es \$200 o \$100 con comprobante de recibir OHP o Estampillas de Comida, o \$20 con recibo de pago actual de SSI. (Los beneficios de SSDI, SSA y Medicare <u>no le dan derecho</u> a la tarifa reducida). La tarifa de registro del lugar de cultivo es de \$50, <u>además de la tarifa de solicitud</u> si designa a otra persona para que esté a cargo del cultivo. Más información al dorso. Adjunte <u>cheque</u> o <u>giro postal</u> a nombre de "OMMP" u "OHA/State of Oregon". No aceptamos tarjetas de débito o crédito. No envíe efectivo por correo.			

E OBLIGATORIO		FIRMA Y FECHA	
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.			
FIRMA DEL SOLICITANTE:		FECHA:	

NO ENVIAR POR FAX

TARIFA DE SOLICITUD y DE REGISTRO DEL LUGAR DE CULTIVO

Tarifa de solicitud

La tarifa básica no reembolsable para todas las solicitudes es:

\$200 **O**

\$100 con comprobante de ser elegible para el Plan de Salud de Oregón (OHP)¹ o de que recibe beneficios de Estampillas de Comida (SNAP)².

\$20 con comprobante de que recibe beneficios mensuales del Ingreso de Seguridad Complementario (SSI)³.

Tarifa de registro del lugar de cultivo

Si tiene a otra persona a cargo del cultivo, debe pagar una tarifa de \$50 para registrar el lugar además del pago por la solicitud. Vea la tabla siguiente.

Posibles tarifas de solicitud y de registro del lugar de cultivo

Participación en programas de asistencia	El paciente cultiva la marihuana	El paciente NO cultiva la marihuana
No participa en estos programas	\$200	\$250
OHP ¹ /SNAP ²	\$100	\$150
SSI ³	\$20	\$70

¹ **OHP:** El “Plan de Salud de Oregón” es el programa de asistencia médica administrado según el capítulo 414 de los Estatutos Revisados de Oregón u ORS. Para demostrar elegibilidad para el Plan de Salud de Oregón debe presentar una declaración de determinación de elegibilidad actual y válida emitida por la Oficina de Programas de Asistencia Médica del Departamento. Para recibir el descuento, el paciente debe adjuntar a su solicitud la copia de su declaración actual de elegibilidad.

² **SNAP/Estampillas de Comida:** Es el programa de beneficios mensuales de asistencia para personas con ingresos y recursos económicos limitados administrado por el Gobierno Federal. Para recibir el descuento en el pago, el paciente debe adjuntar a su solicitud una copia del comprobante sus beneficios actuales de Estampillas de Comida.

³ **SSI:** El “Ingreso de Seguridad Complementario” es el programa de beneficios mensuales de asistencia para personas mayores de 65 años de edad, ciegos y discapacitados con ingresos y recursos económicos limitados administrado por el Gobierno Federal. Para demostrar elegibilidad para el Ingreso de Seguridad Complementario debe presentar copia de un recibo de beneficio mensual actual. Para recibir el descuento en el pago, el paciente debe adjuntar a su solicitud una copia de un recibo del beneficio mensual actual de SSI. El Ingreso de Seguridad Social por Discapacidad (SSDI) y los pagos de Jubilación de Seguridad Social **no** le dan derecho al descuento en las tarifas de solicitud.

MENORES DE EDAD

Si el solicitante es menor de edad (tiene menos de 18 años), el padre o la madre con custodia o el tutor legal con responsabilidad para tomar decisiones sobre atención médica debe aparecer en la solicitud como Cuidador Principal.

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

De acuerdo con ORS 475.304(6)(a), la Autoridad llevará a cabo una verificación de antecedentes penales requerida en ORS 181.534 de toda persona cuyo nombre se presente como responsable de un cultivo de marihuana.

ENVÍE LA SOLICITUD

COMPLETA POR CORREO A:

OHA/OMMP,
PO BOX 14450
Portland, OR 97293-0450



Hasta que el Programa para el consumo medicinal de la marihuana en Oregón apruebe o deniegue esta solicitud, una copia de este material (junto con la verificación del envío por correo o de la transmisión) tendrá los mismos efectos legales que una tarjeta de registración. ORS 475.309(9)

La Ley para el consumo medicinal de la marihuana en Oregón no protege contra la confiscación de plantas de marihuana ni contra acciones judiciales a personas si el Gobierno Federal decide tomar medidas contra pacientes o cuidadores de acuerdo con la Ley de sustancias controladas.

Si necesita este documento en otro formato, comuníquese con OMMP al (971) 673-1234