DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA
Programa de Marihuana Medicinal de Oregon

Oregon Health Authority

Solicitud para el Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (*para ser completada por el paciente*)

Por favor, lea las instrucciones y la información sobre las tarifas que están al reverso ANTES de llenar el formulario

Información del paciente (*requerida; escriba a máquina o en letra de molde legible*)

Nombre (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido*): _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección postal: _____ Género: ☐ M ☐ F

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____ Condado: _____

Correo electrónico (*escriba con letra legible*): _____ Teléfono: _____

Prueba de residencia de Oregon (*marque una opción y adjunte una copia*):

☐ identificación de Oregon **U** ☐ otra identificación o prueba de residencia

Número de identificación con fotografía emitida por el gobierno (*adjunte una copia*): sdfsdf

Información del cuidador

(*complete únicamente si usted tiene un cuidador; los pacientes menores de 18 años deben nombrar un cuidador*)

Nombre (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido*): _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección postal: _____ Género: ☐ M ☐ F

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____ Condado: _____

Correo electrónico (*escriba con letra legible*): _____ Teléfono: _____

Número de identificación con fotografía emitida por el gobierno (*adjunte una copia*): sdfsdf

Información del cultivador

(*complete esta sección y la del sitio de cultivo **únicamente** si usted es su propio cultivador o va a designar uno*)

Nombre (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido*): test Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección postal: _____ Género: ☐ M ☐ F

Ciudad: _____ Estado: _____ Cod. postal: _____ Condado: _____

Correo electrónico (*escriba con letra legible*): _____ Teléfono: _____

Número de identificación con fotografía emitida por el gobierno (*adjunte una copia*):

Información del sitio de cultivo

(*complete esta sección y la del cultivador **únicamente** si usted cuenta con un cultivador/sitio de cultivo*)

Dirección física del sitio de cultivo: _____

Ciudad: _____ Estado: **OR** Cod. postal: _____ Condado: _____

División por zonas de la dirección del sito de cultivo (*marque una opción y adjunte una copia si se ha solicitado*):

☐ Fuera de los límites de la ciudad

☐ Dentro de los límites de la ciudad (*adjunte documentación de la división por zonas de la dirección*)

Requisitos de los informes del cultivador y de la tarifa de inscripción del sitio de cultivo (*complete si tiene un cultivador/sitio de cultivo*). **Si no marca una o más de las siguientes casillas, su solicitud estará INCOMPLETA.**

☐ He designado a un cultivador y no soy yo. ☐ Mi sitio de cultivo no es mi residencia.

☐ El cultivador (*incluso si es usted*) transferirá marihuana medicinal a un dispensario o sitio de procesamiento.

☐ El sitio de cultivo tiene más de 12 plantas maduras de marihuana medicinal.

Si usted marcó una o más de las casillas anteriores, el cultivador (*incluso si es usted*) tendrá que registrarse en línea, enviar informes mensuales al OMMP y pagarle al sitio de cultivo una tarifa de registro. Si ninguna es verdadera, usted DEBE marcar la siguiente casilla.

☐ Ninguno de los enunciados anteriores es verdadero.

Firma del paciente (*requerida*) **— Testifico que la información proporcionada arriba es verdadera y entiendo que mi solicitud o tarjetas pueden ser rechazadas, suspendidas o anuladas por incluir información falsa.**

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones de la solicitud

Instrucciones generales:

- Escriba a máquina o en letra de molde legible. No cambie el formulario ni utilice corrector. Guarde copias de todo lo que le envía al Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (OMMP, por sus siglas en inglés).
- El OMMP puede comunicarse por correo electrónico.
- No engrape ni use cinta adhesiva para pegar su cheque o giro postal a sus documentos.
- Si la policía solicita documentos legales de su derecho a portar marihuana y usted no ha recibido la aprobación o rechazo del OMMP, presente una copia de la solicitud que le envió al OMMP y prueba del envío. ORS 475B.475(2)
- Los pacientes menores de 18 años deben enviar un formulario de Declaración de persona responsable de un menor firmado por el padre o madre con custodia o el tutor legal del menor que sea responsable de tomar las decisiones sobre la atención de la salud del menor. ORS 475B.419
- Un cuidador debe tener 18 años o más y ser mayormente responsable del bienestar del paciente.
- Comuníquese con el OMMP si le gustaría nombrar a un hospicio, centro de cuidados paliativos domiciliarios o residenciales como un cuidador.

Instrucciones sobre el cultivador y la dirección del sitio de cultivo:

- Un cultivador debe tener 21 años o más, y no puede cultivar para más de cuatro pacientes al mismo tiempo.
- El OMMP realizará una verificación de antecedentes penales de cada cultivador. ORS 475B.420(3)
- Un sitio de cultivo debe tener una dirección física en Oregon y no debe estar ubicado en un dispensario médico o de venta al por menor de marihuana.
- Se requiere prueba de la división por zonas si la dirección del sitio de cultivo está ubicada dentro de los límites de la ciudad. Pida la documentación de la división por zonas al condado o ciudad en la que vive.
- Todos los cultivadores recibirán una carta sobre el pago en línea de las tarifas del registro del sitio de cultivo y los requisitos para los informes.

Instrucciones sobre la prueba de residencia:

- Los pacientes deben demostrar que actualmente residen en Oregon enviando uno de los siguientes documentos:
  - Identificación emitida por Oregon
  - Otra identificación y otra prueba de residencia, como declaración de impuestos actual, facturas de servicios públicos, contratos de arrendamiento/hipoteca

Tarifas de la solicitud y del registro del sitio de cultivo

Tarifa de la solicitud para el paciente: $200 a menos que el paciente envíe pruebas de:

Tarifas con descuento	**$60**	Beneficios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).
	$50	Beneficios del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés).
	$20	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). *(Nota: el Ingreso del Seguro Social por Discapacidad [SSDI, por sus siglas en inglés] y los beneficios de jubilación del Seguro Social no califican*).
	$20	Haber servido en las fuerzas armadas estadounidenses.

Tarifa del registro del sitio de cultivo:

$200	El cultivador debe enviar un pago de $200 para el registro del sitio de cultivo si uno o más de los enunciados siguientes es verdadero: • El sitio de cultivo no es la residencia del paciente. • El cultivador no es el paciente en este formulario. • El sitio de cultivo tiene más de 12 plantas maduras de marihuana medicinal.
$0	La tarifa del registro del sitio de cultivo no se requiere para aquellos pacientes que estén cultivando para sí mismos en su residencia, que no tengan más de 12 plantas maduras de marihuana medicinal **y** que no enviarán marihuana medicinal a un dispensario o sitio de procesamiento del OMMP.

Las tarifas del OMMP no son reembolsables. Escriba los cheques a nombre de OHA/OMMP. No envíe dinero en efectivo. Los cultivadores pueden pagar en línea después de recibir una notificación del OMMP con las instrucciones del pago. Envíe por correo postal la solicitud, documentación médica, copias de las identificaciones, prueba de residencia, documentación de la división por zonas, prueba de la tarifa reducida, si aplica, y el cheque/giro postal a:
OHA/OMMP, P.O. Box 14450, Portland, OR 97293-0450

De solicitarse, este documento se puede proporcionar en otro formato a personas con discapacidades o en otro idioma, aparte del inglés, a personas con un nivel de inglés limitado. Para solicitar esta publicación en otro formato o idioma, comuníquese con el Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (OMMP, por sus siglas en inglés) al 971-673-1234 o al 711, TTY (personas con problemas auditivos).