


## Instrucciones para la Solicitud para el Programa de Marihuana Medicinal de Oregon

### Antes de empezar:

Escriba a máquina o en letra de molde legible. No cambie el formulario ni utilice corrector. Ponga su cheque o giro bancario en un sobre junto con esta solicitud. No engrape ni use cinta adhesiva para pegar su cheque o giro postal a sus documentos. Guarde copias de todo lo que le envía al Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (OMMP, por sus siglas en inglés). Se requieren las secciones 1 y 4.

 Si ve este símbolo, se requiere información adicional.


 Si ve este símbolo, se requiere pago.


### Sección 1: Información del/de la paciente


Todos los solicitantes deben completar la Sección 1: Información del/de la paciente.

- Llene todos los campos requeridos y proporcione la documentación requerida.

Documentación adicional requerida para la Sección 1:

 Comprobante de residencia en Oregon para usted. Una licencia de conducir de Oregon o una tarjeta de identificación es un comprobante de residencia aceptable. Otras formas aceptables de comprobantes de residencia incluyen una factura reciente de servicios públicos o contrato de arrendamiento.

 Identificación con fotografía emitida por el gobierno. Ejemplos: Licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar (debe mostrar la fecha de nacimiento), pasaporte estadounidense, visa emitida por EE. UU., tarjeta de residencia permanente, identificación tribal (que incluya el nombre completo, la fecha de nacimiento y una foto). Si está haciendo la renovación y su identificación con fotografía emitida por el gobierno del año pasado no ha vencido, no es necesario entregar una fotocopia de dicha identificación.


 Una declaración del médico tratante (APS, por sus siglas en inglés), o notas del expediente médico que contengan un diagnóstico de su condición calificable y una declaración de que la marihuana medicinal puede mitigar los síntomas o efectos de su condición. Su documentación médica debe estar firmada y fechada en un plazo no mayor a 90 días anteriores a la fecha en que la reciba el OMMP y no puede estar fechada antes de 90 días de la fecha de vencimiento de su registro. Contacte a su OMMP para solicitar un formulario, o imprima un formulario en línea en [healthoregon.org/ommpforms](http://healthoregon.org/ommpforms).

- **Si usted es veterano de EE. UU.** y puede presentar prueba de que cumple con cualquiera de las calificaciones que se mencionan a continuación, no tiene que presentar documentación médica al hacer su renovación:
  - Se le ha asignado una calificación de discapacidad total y permanente para compensación que lo califica como veterano incapaz de asegurar o seguir una ocupación remunerada sustancialmente como resultado de las discapacidades relacionadas con el servicio, como se describe en 38 C.F.R.4.16; o
  - El Departamento de Asuntos para Veteranos de Estados Unidos le ha asignado una calificación de discapacidad del 100 % como resultado de una lesión o enfermedad en la que incurrió el veterano, o que fue agravada durante el servicio militar activo y fue dado de alta o recibió licencia del servicio bajo otra condición que no haya sido deshonrosa.

### Sección 2: Información del/de la cuidador/a

- Solo los pacientes que están designando a un/a cuidadora o que son menores de 18 años de edad tienen el requisito de llenar la Sección 2: Información del/de la cuidador/a. Si no, pase a la Sección 3.
- Un/a cuidador debe tener 18 años de edad o más.
- El proveedor del/de la paciente no puede ser el/la cuidador/a principal del/de la paciente.
- Un/a cuidador/a es una persona con responsabilidad significativa para administrar el bienestar del/de la paciente.
- Un/a paciente menor de 18 años de edad debe nombrar al padre o madre con custodia o tutor legal como cuidador/a.



Se requiere documentación adicional para la Sección 2:

 Identificación con fotografía emitida por el gobierno. Ejemplos: Licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar (debe mostrar la fecha de nacimiento), pasaporte estadounidense, visa emitida por EE. UU., tarjeta de residencia permanente, identificación tribal (que incluya el nombre completo, la fecha de nacimiento y una foto). Si está haciendo la renovación con

## Sección 2: Información del/de la cuidador/a

el/la mismo/a cuidador/a registrado/a que el año pasado y la identificación con fotografía emitida por el gobierno que usó para el/la cuidador/a no ha vencido, no es necesario entregar una fotocopia de dicha identificación del/de la cuidador/a.


La documentación siguiente podría requerirse con base en su situación:

-  **El/La paciente es menor de edad:** Los pacientes menores de 18 años de edad deben presentar una Declaración de Persona Responsable de un/a Menor notariada firmada por el padre o madre con custodia o tutor legal que sea responsable por las decisiones de atención de salud del menor. ORS 475C.783(3) Contacte al OMMP para solicitar un formulario, o imprima el formulario en línea en [healthoregon.org/ommpforms](http://healthoregon.org/ommpforms).
-  **El paciente está designando a un/a cuidador/a organizacional o de un centro.** Complete el formulario de autorización para Cuidador Organización o de un Centro y preséntelo con esta solicitud. Contacte al OMMP para solicitar un formulario, o imprima un formulario en línea en [healthoregon.org/ommpforms](http://healthoregon.org/ommpforms).
  - **“Cuidador organizacional o de un centro”, significa:** Una organización que ofrece servicios de hospicio, paliativos o de atención de salud en casa que tenga una licencia bajo los ORS 443.014 a 443.105, 443.305 a 443.355, o 443.850 a 443.869 y tenga una responsabilidad significativa para administrar el bienestar de un/a paciente O un centro residencial como se define en los ORS 443.400 a 443.455 y tenga una responsabilidad significativa para administrar el bienestar de un/a paciente.




## Sección 3: Información del/de la cultivador/a y del sitio de cultivo

- Solo los pacientes que son sus propios cultivadores o que designan a un/a cultivador/a tienen requerido llenar la Sección 3: Información del/de la cultivador/a y del sitio de cultivo Si no, pase a la Sección 4.
- Un sitio de cultivo es la residencia del/de la paciente, donde el paciente (o el/la cuidador/a del/de la paciente) es el/la cultivador/a designado/a para el/la paciente, no puede tener más de 12 plantas maduras de marihuana - si más de 2 pacientes están registrados para el sitio.
- Visite [healthoregon.org/ommpreporting](http://healthoregon.org/ommpreporting) para consultar si aplican los requisitos de reporte de inventario mensual y transferencia.
- Un/a cultivador/a debe tener 21 años de edad o más.
- Los sitios de cultivo son sujetos a inspección.

Documentación adicional requerida del/de la cultivador/a para la Sección 3:

-  **Identificación con fotografía emitida por el gobierno.** Ejemplos: Licencia de conducir, identificación estatal, identificación militar (debe mostrar la fecha de nacimiento), pasaporte estadounidense, visa emitida por EE. UU., tarjeta de residencia permanente, identificación tribal (que incluya el nombre completo, la fecha de nacimiento y una foto). Si está haciendo la renovación con el/la mismo/a cultivador/a registrado/a que el año pasado y la identificación con fotografía emitida por el gobierno que usó para el/la cultivador/a no ha vencido, no es necesario entregar una fotocopia de dicha identificación del/de la cultivador/a.

Documentación adicional requerida del sitio de cultivo para la Sección 3:

-  Debe proporcionar una dirección física para el Servicio Postal de Estados Unidos para su sitio de cultivo. **Si el sitio no tiene una dirección física, debe proporcionar la documentación descrita en la OAR 333-008-0020(4)(b).**
-  **Se requiere una prueba de uso de suelo** si la dirección del sitio de cultivo está dentro de los límites de la ciudad. La documentación del uso de suelo se puede obtener del condado o la ciudad.
-  **Formulario de autorización para el sitio de cultivo:** Una solicitud debe incluir un formulario de autorización de Sitio de Cultivo si el/la paciente o el cultivador NO es el/la dueño/a de la propiedad del sitio de cultivo. Imprima el formulario en línea en [healthoregon.org/ommpforms](http://healthoregon.org/ommpforms) o contacte al OMMP para obtener un formulario.

## Sección 4: Firma del/de la paciente y cuotas

### Firma del/de la paciente

El/La solicitante, paciente, debe firmar y fechar el formulario de solicitud.

### Cuotas

- § Se requiere el pago con esta solicitud del/de la paciente. Las tarifas del OMMP no son reembolsables. Escriba los cheques pagaderos a OHA/OMMP. No envíe dinero en efectivo.

**Solicitud para el Programa de Marihuana Medicinal de Oregon** (para ser completada por el paciente)  
Se requieren las secciones 1 y 4 para todos los solicitantes. Asegúrese de firmar la sección 4.


**Sección 1: Información del/de la paciente** (se requiere la Sección 1).


Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /


Dirección postal: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  X

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

 Prueba de residencia de Oregon (marque una opción y adjunte una copia):  
 Identificación de Oregon **O BIEN**  Otra identificación y prueba de residencia

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

 Declaración del médico tratante (APS, por sus siglas en inglés)


**Sección 2: Información del/de la cuidador/a principal** (Complete la Sección 2 solo si tiene un/a cuidador/a. Si no, pase a la Sección 3)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  X

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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


**Sección 3: Información del/de la cultivador/a y del sitio de cultivo** (Complete la sección 3 solo si usted es su propio cultivador o si designa a un/a cultivador/a. Si no, salte a la sección 4. Requisitos de reporte pueden aplicar a los cultivadores.)

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  X

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

**Información del sitio de cultivo**

Dirección física del sitio de cultivo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**Preguntas sobre el sitio de cultivo**

1. ¿Está el sitio de cultivo dentro de los límites de la ciudad?  Sí  No
2. ¿Está el sitio de cultivo en la residencia del/de la paciente? (Los sitios de cultivo en la residencia del/de la paciente pueden tener un límite menor de plantas. Consulte las instrucciones para obtener detalles).  Sí  No
3. ¿El/La cultivador/a transferirá la marihuana medicinal a un dispensario de marihuana medicinal o sitio de procesamiento?  Sí  No
4. ¿Quién es el/la propietario/a del lugar donde está ubicado el sitio de cultivo?  Paciente  Cultivador/a  Otro  
(Si se marca la casilla "Otro" se le requiere presentar un formulario de autorización de Sitio de Cultivo de Marihuana Medicinal con esta solicitud).

**Sección 4: Firma del/de la paciente y cuotas (Se requiere la sección 4).****Firma del/de la paciente**




Doy fe que la información proporcionada es verdadera y entiendo que mi solicitud puede ser denegada o mis tarjetas pueden ser suspendidas o revocadas por proporcionar información falsa. Adicionalmente, al firmar autorizo al OMMP a que verifique cualquier información proporcionada en esta solicitud, lo que incluye, pero no se limita a, contactar al médico que firmó la Declaración de Médico Tratante o el/la propietario/a que da autorización para usar el sitio de cultivo.

Firma del/de la paciente: \_\_\_\_\_

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

**Documentación requerida del sitio de cultivo**

Es posible que se le requiera que proporcione los siguientes documentos e información para registrar a su cultivador/a designado/a y sitio de cultivo. Consulte las instrucciones para obtener detalles.

-  **Comprobante de dirección del sitio de cultivo legal.**
-  **Comprobante del uso del suelo de la dirección del sitio de cultivo** Si seleccionó "Sí" a la pregunta 1 de las "Preguntas sobre el sitio de cultivo", se le requiere que proporcione comprobante del uso de suelo de la dirección de su sitio de cultivo.
-  **Formulario de autorización para el sitio de cultivo** Si se marcó la casilla "Otro" para la pregunta 4 de "Preguntas sobre el sitio de cultivo" se le requiere presentar un formulario de autorización de Sitio de Cultivo de Marihuana Medicinal con esta solicitud.

**Tarifas de la solicitud y del registro del sitio de cultivo**

**Se requiere que se envíe una cuota de solicitud del/de la paciente con esta solicitud**

§ (consulte las instrucciones para obtener detalles).

**Tarifa de la solicitud del/de la paciente: \$200** a menos que el/la paciente envíe pruebas de:

<b>Tarifas con descuento</b>	<b>\$60</b>	Beneficios del Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés).
	<b>\$50</b>	Beneficios del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés).
	<b>\$20</b>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). <i>(Nota: El Ingreso del Seguro Social por Discapacidad [SSDI, por sus siglas en inglés] y los beneficios de jubilación del Seguro Social no califican).</i>
	<b>\$20</b>	Haber servido en las fuerzas armadas estadounidenses.
	<b>\$0</b>	Un/a veterano/a que envíe un comprobante de que tiene un porcentaje mínimo de discapacidad del 50 % del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU., como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el servicio militar activo y que se le haya dado de baja de cualquier forma que no sea deshonrosa.

§ **Cuota de registro del sitio de cultivo (consulte las instrucciones para obtener detalles):**

Se enviará una carta a los cultivadores con instrucciones sobre cómo crear una cuenta de OMMOS y pagar su cuota en línea.

<b>\$200</b>	El/La cultivador/a debe enviar un pago de \$200 para el registro del sitio de cultivo si uno o más de los enunciados siguientes es verdadero: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sitio de cultivo no es la residencia del/de la paciente.</li> <li>• El/La cultivador/a no es el paciente en este formulario.</li> </ul>
<b>\$0</b>	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.

**Las tarifas del OMMP no son reembolsables. Si usted envía estas cuotas por correo, haga los cheques proveedores a OHA/OMMP. No envíe dinero en efectivo. Los cultivadores pueden pagar en línea después de recibir una notificación del OMMP con instrucciones para el pago.**

**Los cultivadores deben entender y cumplir con todos los requisitos, lo que incluyen los requisitos de reporte y rastreo. Para obtener más información, visite nuestra página web de Cultivadores de Marihuana Medicinal (Medical Marijuana Growers) en: [healthoregon.org/ommpgrower](http://healthoregon.org/ommpgrower).**

**Enviar por correspondencia su solicitud completa**

Envíe su solicitud completa, junto con toda la documentación requerida (como la documentación médica, las copias de identificación, el comprobante de residencia, los formularios de autorización como se requiere, la documentación de uso de suelo, el comprobante de la dirección legal para el sitio de cultivo y un comprobante de cuota reducida, si corresponde) y el cheque/giro bancario, a:

**OHA/OMMP  
P.O. Box 14450  
Portland, OR 97293-0450**

Usted puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. Contacte al Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (OMMP) al 971-673-1234 o al 711 para el servicio de retransmisión.