

Instrucciones para el Formulario de cambios del Programa de Marihuana Medicinal de Oregon

Antes de empezar:

Use este formulario para hacer cambios a su registro existente.

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 este formulario (*si corresponde*).

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, puede requerirse un pago.

Sección 1: Información del/de la paciente

- Complete todos los campos solicitados.

Sección 2: Información del/de la cuidador/a

- Solo los pacientes que van a eliminar o cambiar a un/a cuidador/a designado/a deben 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 si se va a cambiar de cuidador/a:



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).

La documentación siguiente podría requerirse con base en su situación:




El paciente está designando a un/a cuidador/a organizacional o de un centro. Complete el formulario de consentimiento para Cuidador organizacional o de un centro y entréguelo con este formulario. Contacte al OMMP para solicitar un formulario, o imprima un formulario en línea en 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 van a cambiar o a eliminar a su cultivador/a designado/a deben 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/la 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 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.


Se requiere documentación adicional sobre el/la cultivador/a para la Sección 3 si se va a cambiar de cultivador/a:

 **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).

Se requiere documentación adicional sobre el sitio de cultivo para la Sección 3 si se va a cambiar de sitio de cultivo:

 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/la cultivador/a **no** es el/la dueño/a de la propiedad del sitio de cultivo. Imprima el formulario en línea en 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 paciente debe firmar y fechar el formulario de cambios.

Cuotas

 Se puede requerir un pago con este formulario de cambios. Las tarifas del OMMP no son reembolsables. Escriba los cheques pagaderos a OHA/OMMP. No envíe dinero en efectivo.

Formulario de cambios del Programa de Marihuana Medicinal de Oregon

(el/la paciente debe completarlo)

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: _____

Sección 2: Información del/de la cuidador/a *(complete únicamente si desea cambiar o añadir un/a cuidador/a; marque la casilla si desea eliminarlo/a)*


Eliminar cuidador/a

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/de la cuidador/a organizacional o de un centro *(consulte las instrucciones para obtener detalles)*

Eliminar cuidador/a organizacional Añadir cuidador/a organizacional

Sección 3: Información del/de la cultivador/a y del sitio de cultivo *(complete únicamente si desea cambiar o añadir un/a cultivador/a; marque la casilla si desea eliminarlo/a)*


Eliminar cultivador/a *(si va a eliminar al/a la cultivador/a, también debe eliminar el sitio de cultivo)*

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 *(debe ser una dirección física. Consulte las excepciones en las instrucciones)*

Eliminar sitio de cultivo *(si va a eliminar el sitio de cultivo, también debe eliminar al/a la cultivador/a)*

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 pueden suspender o revocar mis tarjetas por proporcionar información falsa. Adicionalmente, al firmar autorizo al OMMP a que verifique cualquier información proporcionada en este formulario de cambios, lo que incluye, entre otras cosas, contactar al/a 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 las tarjetas de reemplazo

- §
- Si no envía el formulario de cambio completo o la tarifa correcta de la tarjeta de reemplazo, no se realizará ningún cambio.
 - No se cobra tarifa alguna por cambiar la dirección de envío o por eliminar a un cuidador, cultivador o sitio de cultivo.

Tarifa de la tarjeta de reemplazo para pacientes: \$100 a menos que el paciente envíe pruebas de:

Tarifas con descuento	\$20	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>
	\$20	Haber servido en las fuerzas armadas estadounidenses.
	\$0	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.

\$200	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"> • El sitio de cultivo no es la residencia del/de la paciente. • El/La cultivador/a no es el paciente en este formulario. • El/La cultivador/a transferirá marihuana medicinal a un dispensario o sitio de procesamiento.
\$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.

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, incluidos los requisitos de reporte y rastreo. Para obtener más información visite la página web de Cultivadores de Marihuana Medicinal (Medical Marijuana Growers) en: healthoregon.org/ommpgrower.

Envíe por correo postal su formulario de cambios completado

Envíe por correo postal el formulario de cambios, copias de las identificaciones, pruebas de residencia, documentación de la división por zonas, si aplica, y el cheque/giro postal 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.