

311 NUEVO FORMULARIO DE SOLICITUD**Inscripción para el Programa de Marihuana Médica de Oregón**

FOR OFFICIAL USE ONLY

INSTRUCCIONES: Dé toda la información

requerida para cumplir con los requisitos de inscripción de la Ley de Marihuana Médica de Oregón. Adjunte copias legibles de documentos de identidad y envíe su pago. Si el solicitante es menor de 18 años, el padre con custodia o el tutor legal que toma las decisiones de cuidado de la salud debe aparecer como Proveedor de Cuidado Primario.

ESCRIBA A MÁQUINA O CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA.

A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (REQUERIDA)		
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN POSTAL:		NÚMERO DE TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:		CONDADO:
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual		

B PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (SI CORRESPONDE)		
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN POSTAL:		NÚMERO DE TELÉFONO:
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL:		CONDADO:
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual		

C PERSONA RESPONSABLE DEL LUGAR DE CULTIVO (REQUERIDA)		
MARQUE SÓLO UNA: <input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE CUIDADO <input type="checkbox"/> OTRO		
SI MARCÓ OTRO, POR FAVOR DÉ LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:		
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER N., INICIAL S.N.):	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	FECHA DE NACIMIENTO:
DIRECCIÓN POSTAL:		NÚMERO DE TELÉFONO:
CIUDAD:	ESTADO: OREGÓN	CÓDIGO POSTAL:
Identificación con fotografía: se debe adjuntar fotocopia de uno de los siguientes documentos. Marque el casillero apropiado: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Oregón <input type="checkbox"/> Tarjeta de registro de votante, más foto actual		

DIRECCIÓN DEL LUGAR DE CULTIVO DE MARIHUANA (REQUERIDA)		
DIRECCIÓN FÍSICA:		
CIUDAD:	ESTADO: OREGÓN	CÓDIGO POSTAL:
CONDADO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	
Para dar nombres de otras personas que pueden estar en este lugar de cultivo, vea el reverso de esta página.		

D TARIFA PARA INSCRIPCIÓN NUEVA (REQUERIDA)
La tarifa para una inscripción NUEVA es de \$100 ó \$20 si usted puede presentar prueba de elegibilidad para OHP o SSI. Por favor vea el reverso de esta página para más detalles.
Adjunte su <u>cheque</u> u <u>orden de dinero</u> a favor de "OMMP".

E FIRMA Y FECHA (REQUERIDA)	
TESTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.	
FIRMA DEL SOLICITANTE O APODERADO:	FECHA:

VEA EL REVERSO DE ESTA PÁGINA PARA MÁS DETALLES

TARIFA PARA UNA SOLICITUD NUEVA DE OMMP

Para una solicitud **NUEVA**, la tarifa es de \$100,00 **Ó** \$20,00 si usted puede presentar prueba de elegibilidad para el Plan de Salud de Oregón (OHP) o prueba de que recibe beneficios mensuales del Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI). (Si usted va a **RENOVAR** su solicitud de OMMP, la tarifa de solicitud es de \$100,00 ó \$20,00 si usted está en el OHP o recibe SSI.)

OHP: "**Plan de Salud de Oregón**" es el programa de asistencia médica administrado por el Departamento según el capítulo 414 de ORS. La elegibilidad para el Plan de Salud de Oregón se demuestra presentando una declaración de determinación de elegibilidad válida y actual de la Oficina de Programas de Asistencia Médica del Departamento. Para tener derecho a pagar la tarifa reducida, el paciente debe proveer una copia de su declaración de elegibilidad actual en el momento de presentar la solicitud. El Departamento verificará la elegibilidad del paciente para el Plan de Salud de Oregón en la Oficina de Programas de Asistencia Médica.

SSI: "**Ingreso de Seguridad Suplementario**" es el programa de asistencia mensual administrado por el gobierno federal para personas de 65 años o más, o ciegas o discapacitadas y que tienen ingresos y recursos financieros limitados. La elegibilidad para el Ingreso de Seguridad Suplementario se demuestra presentando copia de un recibo del beneficio mensual actual. Para tener derecho a pagar la tarifa reducida, el paciente debe proveer una copia del recibo del beneficio mensual actual del Ingreso de Seguridad Suplementario en el momento de presentar la solicitud. El Departamento verificará el recibo actual de beneficios mensuales del Ingreso de Seguridad Suplementario a través del Departamento o en la Administración del Seguro Social.

INFORMACIÓN OPCIONAL (OAR 333-008-0020(2))

En la sección siguiente usted puede dar los nombres de otras personas que pueden estar en el lugar de cultivo, además del paciente y/o el proveedor de cuidado primario designado. Por favor incluya el nombre completo y la fecha de nacimiento de cada persona. El OMMP verificará esta información con el personal de ejecución de la ley si preguntan sobre el(los) nombre(s) específico(s) de una persona que puede estar en el lugar de cultivo. Esta sección es OPCIONAL; no tiene obligación de llenarla.

LAS PERSONAS QUE APARECEN EN ESTA SECCIÓN NO ESTÁN PROTEGIDAS DE CASTIGOS CIVILES O PENALES

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL):	FECHA DE NAC. (MM/DD/AA):

ENVÍE EL FORMULARIO DE SOLICITUD POR CORREO A:

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



"La Ley (estatal) no impide la confiscación de las plantas de marihuana ni protege a los individuos de enjuiciamiento si el gobierno federal decide tomar medidas contra los pacientes o los proveedores de cuidado según las disposiciones de la Ley Federal de Sustancias Controladas."

Si necesita este documento en diferente formato, por favor llame a esta oficina al (971) 673-1226