



## 俄勒冈州药用大麻计划申请表 (待患者填写)

### 填写前请阅读背面的说明及费用信息

#### 患者信息 (必填; 请键入或以正楷字体清晰填写)

姓名 (名字、中名首字母缩写、姓氏): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
邮寄地址: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_  
电话号码: \_\_\_\_\_  
俄勒冈州居住证明 (勾选一项并附上复印件: 俄勒冈州身份证件 或 其他身份证件及居住证明  
政府签发的附有照片的身份证件号码(随附副本); \_\_\_\_\_

#### 看护人信息 (仅在您安排有看护人时填写; 未满 18 岁的患者必须指定一名看护人)

姓名 (名字、中名首字母缩写、姓氏): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
邮寄地址: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_  
电话号码: \_\_\_\_\_  
政府签发的附有照片的身份证件号码(随附副本); \_\_\_\_\_

#### 种植人信息 (仅在您本人为种植人或指定种植人时填写该项及种植地部分)

姓名 (名字、中名首字母缩写、姓氏): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
邮寄地址: \_\_\_\_\_ 性别: 男 女  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮编: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_  
电话号码: \_\_\_\_\_  
政府签发的附有照片的身份证件号码 (随附副); \_\_\_\_\_

#### 种植地信息 (仅在您已有种植人 / 种植地时填写该项及种植人部分)

种植地实际地址: \_\_\_\_\_  
城市: \_\_\_\_\_ 州: 俄勒冈州 邮编: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_  
种植地地址分区 (勾选一项并附上复印件 (如要求)):  
城市范围以外 城市范围以内 (随附地址分区文件)

种植人报告及种植地登记费要求 (在已有种植人 / 种植地时填写)。

未勾选以下一个或多个方框将会导致申请表不完整。

我已指定种植人, 此人并非我本人。  我的种植地不在我的住处。

种植人 (即使是您本人) 将把药用大麻送往药房或加工地。

我的种植地种有超过 12 株成熟药用大麻植物。

若您勾选上述一项或多项, 则种植人 (即使是您本人) 将需要在网上登记, 向 OMMP 递交月度报告并支付种植地登记费。若上述选项均不正确, 则须勾选以下选项。

上述陈述均不正确。

**患者签名 (必填) — 本人证实上述信息均为真实, 且本人明白本人的申请或证件可能因提交虚假信息而遭到拒绝、暂停或撤销。**

患者签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

## 申请说明

### 一般说明:

- 请键入或以正楷字体清晰填写 勿修改申请表或使用“修正液”。保留所有提交给 OMMP 的副本。
- 勿将支票或邮政汇票装订或粘贴到文书上。
- 若执法部门要求提供证明您有权持有大麻的法律文件而您尚未接获 OMMP 的批准或拒绝通知，则须出具已提交给 OMMP 的申请表及所送交证明的副本。ORS 475B. 475 (2)
- 未满 18 岁的患者必须提交经由负责该名未成年人健康护理决定的具有监护权的家长或法定监护人签署的 *未成年人负责人声明表*。ORS 475B. 419
- 看护人须年满 18 岁或以上且其主要责任是管理患者健康。
- 若您想指定收容、舒缓、家居健康护理或住宅设施为看护人，则联系 OMMP。

### 种植人及种植地地址说明:

- 种植人须年满 21 岁或以上，且不得同时为超过四名患者种植。
- OMMP 将对每位种植人进行犯罪历史调查。ORS 475B. 420 (3)
- 种植地须位于俄勒冈州，且不得位于药用或零售大麻药房。
- 若种植地地址位于城市范围以内，则须提供分区文件。向您所居住的区县或城市索要分区证明。
- 所有种植人均将收到一封有关网上种植地登记费用支付及报告要求的信函。
- 种植证将在收到种植地登记费后直接邮寄至种植人。若种植人未于指定日期前支付该笔费用，则将撤除种植人及种植地

### 居住证明说明:

- 患者须通过递交以下任一文件证明当前俄勒冈州居住地：
  - 俄勒冈州签发的身份证件
  - 可提供 **当前**俄勒冈州居住证明的其他身份证件，如公用事业账单或您的当前租赁 / 按揭或出租协议

## 申请费及种植地登记费

**患者申请费：200 美元**，除非患者递交以下证明：

费用折扣	\$60	补充营养援助计划 (SNAP) 补助金。
	\$50	俄勒冈州健康计划 (OHP) 补助金。
	\$20	补充保障收入 (SSI)。(注：社会保障残疾收入及退休金不符合资格。)
	\$20	曾在美国军队服役。

### 种植地登记费:

\$200	如满足以下一项或多项条件，种植人则须缴纳 200 美元的种植地登记费： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 种植地并非为患者住处。</li> <li>• 种植人并非此表中的患者。</li> <li>• 种植地种有超过 12 株成熟药用大麻植物。</li> <li>• 种植人将把药用大麻送往药房或加工地。</li> </ul>
\$0	若由患者本人在其住处种植 12 株或以下成熟药用大麻植物，则无需缴纳种植地登记费，且无需将药用大麻送往 OMMP 药房或加工地。

**OMMP 费用不予退还。支票抬头请写 OHA / OMMP。请勿寄送现金。种植人**可在接获 OMMP 发出的支付说明通知后进行网上支付。申请表、病历、身份证件副本、居住证明、适用的分区文件及扣减费用证明及支票 / 邮政汇票将寄至：OHA/OMMP, P.O. Box 14450, Portland, OR 97293-0450

如有需要，我们可为残障人士提供其他格式的本文件，或向英文技能有限的人士提供以非英文语言编写的本文件。若需要本文件以其他格式或语言提供，请致电 971-673-1234 或 TTY 专线 711 联络俄勒冈州药用大麻计划 (OMMP)。