



## 俄勒冈州药用大麻计划变更申请表 (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: \_\_\_\_\_

#### 看护人信息 (仅在需要变更或添加看护人时填写; 如要撤除则在方框中打钩)

撤除看护人

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 (仅在需要变更或添加种植人时填写; 如要撤除则在方框中打钩)

撤除种植人 (若撤除种植人, 还须撤除种植地)

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): \_\_\_\_\_

#### 种植地信息 (仅在需要变更或添加种植地时填写; 如要撤除则在方框中打钩)

撤除种植地 (若撤除种植地, 还须撤除种植人)

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)。

未能勾选以下一项或多项将会导致变更申请不完整。

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: \_\_\_\_\_

费用可能适用 (更替证件及种植地登记费用信息见申请表背面)

## 变更申请表说明

### 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。
- 可通过电子邮件与 OMMP 通信。
- 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 的变更申请表及所送交证明的副本。ORS 475B. 475 (2)
- 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

## 更替证件费

- 若您未提交填妥的变更申请表或缴付适当数额的更替证件费，则不会作出任何变更。
- 将不对变更邮寄地址或撤除看护人或种植人及种植地收取任何费用。

患者更替证件费：100 美元，除非患者递交以下证明：

更替证件费	\$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。

变更申请表、身份证件副本、居住证明、适用的分区文件及支票 / 邮政汇票将寄至：  
OHA/OMMP, P.O. Box 14450, Portland, OR 97293-0450