



## Formulario de cambio del Programa de Marihuana Medicinal de Oregon

(para ser completado por el paciente)

Por favor, lea las instrucciones y la información sobre las tarifas que están al reverso ANTES de llenar el formulario

### Información del paciente *(requerida; escriba a máquina o en letra de molde legible)*

Nombre *(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del cuidador

*(complete únicamente si desea cambiar o añadir un cuidador; marque la casilla si desea eliminarlo)*

Eliminar cuidador  
Nombre *(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de identificación con fotografía emitida por el gobierno *(adjunte una copia)*:

### Información del cultivador

*(complete únicamente si desea cambiar o añadir un cultivador; marque la casilla si desea eliminarlo)*

Eliminar cultivador *(si va a eliminar al cultivador, también debe eliminar el sitio de cultivo)*  
Nombre *(primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)*: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Número de identificación con fotografía emitida por el gobierno *(adjunte una copia)*:

### Información del sitio de cultivo

*(complete únicamente si desea cambiar o añadir un sitio de cultivo; marque la casilla si desea eliminarlo)*

Eliminar sitio de cultivo *(si va a eliminar el sitio de cultivo, también debe eliminar al cultivador)*  
Dirección física del sitio de cultivo: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: **OR** Cód. postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
División por zonas de la dirección del sitio de cultivo *(marque una opción y adjunte una copia si se ha solicitado)*:

- Fuera de los límites de la ciudad  
 Dentro de los límites de la ciudad *(adjunte documentación de la división por zonas)*

### Requisitos de los informes del cultivador y de la tarifa de inscripción del sitio de cultivo *(complete si tiene un cultivador/sitio de cultivo)*.

Si no marca una o más de las siguientes casillas, su cambio estará INCOMPLETO.

- He designado a un cultivador y no soy yo.       Mi sitio de cultivo no es mi residencia.  
 El cultivador *(incluso si es usted)* transferirá marihuana medicinal a un dispensario o sitio de procesamiento.

El sitio de cultivo tiene más de 12 plantas maduras de marihuana medicinal.

Si usted marcó una o más de las casillas anteriores, el cultivador (*incluso si es usted*) tendrá que registrarse en línea, enviar informes mensuales al OMMP y pagarle al sitio de cultivo una tarifa de registro. Si ninguna es verdadera, usted DEBE marcar la siguiente casilla.

Ninguno de los enunciados anteriores es verdadero.

**Firma del paciente (requerida) — Testifico que la información proporcionada arriba es verdadera y entiendo que mi solicitud o tarjetas pueden ser rechazadas, suspendidas o anuladas por incluir información falsa.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SE PUEDEN APLICAR CARGOS** (vea la parte posterior del formulario para obtener información sobre las tarifas de las tarjetas de reemplazo y del registro del sitio de cultivo)

## Instrucciones del formulario de cambio

### Instrucciones generales:

- Escriba a máquina o en letra de molde legible. No cambie el formulario ni utilice corrector. Guarde copias de todo lo que le envía al Programa de Marihuana Medicinal de Oregon (OMMP, por sus siglas en inglés).
- El OMMP puede comunicarse por correo electrónico.
- No engrape ni use cinta adhesiva para pegar su cheque o giro postal a sus documentos.
- Si la policía solicita documentos legales de su derecho a portar marihuana y usted no ha recibido la aprobación o rechazo del OMMP, presente una copia del formulario de cambio que envió al OMMP y prueba del envío. ORS 475B.475(2)
- Un cuidador tiene 18 años o más y se hace mayormente responsable de gestionar el bienestar del paciente.
- Comuníquese con el OMMP si le gustaría nombrar a un hospicio, centro de cuidados paliativos domiciliarios o residenciales como un cuidador.

### Instrucciones sobre el cultivador y el sitio de cultivo:

- Un cultivador debe tener 21 años o más, y no puede cultivar para más de cuatro pacientes al mismo tiempo.
- El OMMP realizará una verificación de antecedentes penales de cada cultivador. ORS 475B.420(3)
- El sitio de cultivo debe estar ubicado en Oregon y no debe encontrarse en ningún dispensario médico o de venta al por menor de marihuana.
- Se requiere prueba de la división por zonas si la dirección del sitio de cultivo está ubicada dentro de los límites de la ciudad. Pida la documentación de la división por zonas al condado o ciudad en la que vive.
- Todos los cultivadores recibirán una carta sobre el pago en línea de las tarifas del registro del sitio de cultivo y los requisitos para los informes.
- Después de recibir la tarifa de registro para el sitio de cultivo, se enviarán por correo directamente al cultivador las tarjetas de cultivador. Si el cultivador no paga esta tarifa en la fecha especificada, se eliminarán el cultivo y el cultivador.

### Instrucciones sobre la prueba de residencia:

- Los pacientes deben demostrar que actualmente residen en Oregon enviando uno de los siguientes documentos:
  - Identificación emitida por Oregon
  - Otro documento de identidad que pruebe residencia **vigente** en Oregon, tal como un recibo de servicios públicos o el contrato actual de arrendamiento/hipoteca o alquiler.

## 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 eliminar a un cuidador, cultivador o sitio de cultivo.

**Tarifa por tarjeta de reemplazo del paciente: \$100** a menos que el paciente envíe pruebas de:

Tarifas con descuento	\$20	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) (Nota: el Ingreso del Seguro Social por Discapacidad [SSDI, por sus siglas en inglés] y los beneficios de jubilación del Seguro Social no califican).
	\$20	Haber servido en las fuerzas armadas estadounidenses.

**Tarifa del registro del sitio de cultivo:**

\$200	El cultivador 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 paciente.</li> <li>• El cultivador no es el paciente en este formulario.</li> <li>• El sitio de cultivo tiene más de 12 plantas maduras de marihuana medicinal.</li> </ul>
\$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 y que no enviarán marihuana medicinal a un dispensario o sitio de procesamiento del OMMP.

Las tarifas del OMMP no son reembolsables. Escriba los cheques a nombre de OHA/OMMP. No envíe dinero en efectivo. Los cultivadores pueden pagar en línea después de recibir el aviso del OMMP con las instrucciones de pago.

Envíe por correo postal el formulario de cambio, copias de las identificaciones, prueba de residencia, documentación de la división por zonas que corresponda y el cheque/giro postal a:

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