

Programa de Uso Medicinal da Maconha: Formulário de Cadastro de Cuidador Pessoal

(Medical Use of Marijuana Program: Personal Caregiver Registration Form)

Os cadastros de cuidador pessoal expiram anualmente. Você pode solicitar novamente o cadastro de cuidador pessoal anualmente, até 60 dias antes da data de expiração do seu cadastro.

O cadastro *online* no Programa de Uso Medicinal da Maconha (Programa) é a maneira mais rápida e conveniente de concluir o processo de cadastro de cuidador pessoal para auxiliar um Paciente Qualificado Registrado (Paciente) com o uso medicinal da maconha. Este formulário de informações do cadastro é para uso de cuidadores pessoais que não têm acesso à internet e não conseguem se cadastrar online. O cadastro é gratuito.

Para se cadastrar como cuidador pessoal, você precisa obter um PIN do paciente que você auxiliará com o uso medicinal da maconha. Você deverá inserir esse PIN no formulário de cadastro.

Preencha e envie o formulário de cadastro em anexo, juntamente com os documentos necessários listados abaixo. Após a conclusão do processo de cadastro, você receberá seu Cartão de Identificação do Programa pelo correio.

Preparação para o Cadastro

Antes de preencher o formulário de cadastro em anexo, você precisará reunir os seguintes itens:

- O PIN fornecido a você pelo Paciente;
- Uma cópia de um documento de identificação válido (ID); e

- Uma fotografia sua (conforme explicado abaixo).

Formas Válidas de Identificação

Formas válidas de identificação incluem uma das seguintes:

- Carteira de habilitação emitida pelo estado;
- Carteira de identidade emitida pelo Registro de Veículos Motorizados do seu estado.
- Passaporte americano e outro documento que comprove sua residência principal; ou
- Identidade militar americana e outro documento que comprove sua residência principal.
- Cartão de Residente Permanente.

Se estiver enviando uma carteira de motorista ou carteira de identidade emitida pelo Registro de Veículos Motorizados do seu estado:

Se enviar uma carteira de motorista ou carteira de identidade emitida pelo Registro de Veículos Motorizados do seu estado como sua forma válida de identificação, o nome e endereço no seu formulário de cadastro devem corresponder ao nome e endereço na sua carteira de motorista ou carteira de identidade emitida pelo Registro de Veículos Motorizados do seu estado.

Se estiver enviando um passaporte ou documento de identidade militar dos EUA:

Se você apresentar um passaporte ou documento de identidade militar dos EUA como documento de identificação válido, também deverá apresentar um documento que comprove sua residência principal (conforme descrito abaixo). Além disso, o nome e o endereço fornecidos ao Programa devem corresponder ao nome e endereço no documento que você enviar para comprovar sua residência principal.

Envie um dos seguintes documentos que comprovem sua residência principal:

- Conta de serviços públicos (gás, luz, telefone, TV a cabo ou óleo para aquecimento) com menos de 60 dias e que deve conter seu nome e endereço;
- Seu documento de registro de veículo atual com seu endereço atual;
- Conta de mensalidade escolar com vencimento há menos de seis (6) meses e endereçada ao seu endereço atual;
- Apólice ou fatura de seguro de automóvel com menos de 60 dias;
- Contratos de hipoteca, arrendamento ou empréstimo residencial com data de até seis (6) meses a partir de hoje, com seu nome, endereço e assinatura;



- Certidão de casamento americana autenticada com data dos últimos seis (6) meses;
- Conta de imposto predial ou imposto especial de consumo do ano corrente com seu nome e endereço;
- Correspondência de primeira classe com menos de 60 dias de qualquer agência federal ou estadual que exiba seu nome e endereço; ou
- Licença profissional emitida pelo estado atual com seu endereço.

Fotografia

Se você apresentar um passaporte ou documento de identidade militar dos EUA como documento de identificação válido, também deverá fornecer uma foto sua de identificação estilo passaporte. Essa foto será incluída no seu Cartão de Identificação do Programa.

Sua foto deve ser:

- Colorida;
- Uma foto quadrada no formato retrato/vertical;
- Tirada em frente a um fundo branco ou quase branco;
- Tirada nos últimos seis (6) meses para refletir sua aparência atual;
- Mostrando apenas a cabeça e a parte superior dos ombros;
- Tirada olhando diretamente para a câmera, na altura dos olhos;
- Tirada sem sorrir, com os dois olhos abertos e sem óculos; e
- Tirada sem qualquer item que cubra seu rosto ou cabeça, exceto para fins religiosos. Uma foto para passaporte atende a esses requisitos e pode ser obtida em qualquer local que emita fotos para passaporte, como farmácias, correios ou lojas de câmeras.

Processo de Cadastro

Agora que você recebeu o PIN e reuniu os documentos necessários, você pode preencher o formulário de cadastro em anexo.

Preencha todas as seções obrigatórias do formulário de forma organizada e precisa. **Formulários incompletos, sem assinatura e data, ou ilegíveis, não serão processados e serão devolvidos ao candidato.**

Para se registrar como cuidador pessoal, siga este passo-a-passo:

PASSO 1: Preencha o Cadastro de Cuidador Pessoal em anexo

PASSO 2: Envie pelo correio:

- Formulário de cadastro preenchido;
- Cópia de um documento de identidade válido (e cópia do comprovante de residência principal, se aplicável); e
- Fotografia

para:



**Cannabis Control Commission
Medical Use of Marijuana Program
Union Station
2 Washington Square
Worcester, MA 01604**

PASSO 3: Notifique o paciente que você enviou um formulário de cadastro de cuidador pessoal e que, como Paciente, ele deve verificar com o Programa que você é seu cuidador pessoal.

PASSO 4: Após o paciente verificar você como seu cuidador pessoal, o Programa processará seu formulário de cadastro. Você será notificado sobre o status do seu cadastro. Se um endereço de e-mail foi fornecido, você receberá uma notificação sobre o status do seu cadastro por e-mail. Os cadastros são processados na ordem em que são recebidos.

Após a conclusão do processo de cadastro, você receberá seu Cartão de Identificação do Programa pelo correio.

Outras informações importantes sobre o cadastro

Você e seu Paciente devem manter um cadastro ativo no Programa, e seu Paciente deve manter uma certificação ativa de seu Provedor, para que você, como cuidador pessoal, tenha acesso à maconha medicinal de acordo com a lei de Massachusetts.

Cartão de identificação do programa

Você deve portar seu Cartão de Identificação do Programa o **tempo todo** enquanto estiver de posse de maconha para uso medicinal.

Notifique o Programa em até **cinco (5) dias úteis** após descobrir que seu Cartão de Identificação do Programa foi perdido, roubado ou destruído, ligando para 833-869-6820.

Há uma taxa de \$10 (dez dólares) para substituir o Cartão de Identificação do Programa.

Formas válidas de identificação

Após se cadastrar no Programa, seu documento de identificação válido cadastrado no Programa deve permanecer ativo e não expirado para que você possa acessar um Centro de Tratamento de Maconha Medicinal (MTC) ou obter maconha para uso medicinal de um MTC em nome de um Paciente.



Alteração de informações de cadastro

Se houver alguma alteração nas informações enviadas para cadastro (como uma alteração em seu nome, e-mail, endereço ou número de telefone), você deverá notificar o Programa dentro de **cinco (5) dias úteis** após a data dessa alteração ligando para 833-869-6820.

Acessando um MTC

Para acessar um MTC ou obter maconha para uso medicinal de um MTC, um cuidador pessoal deve:

- Apresentar o Cartão de Identificação do Programa e o documento de identificação válido utilizado para se cadastrar no Programa;
- Ter cadastro ativo no Programa;
- Manter em arquivo no Programa um documento de identificação ativo e dentro do prazo de validade; e
- Estar vinculado a um Paciente com cadastro ativo no Programa e com certificação ativa do seu Provedor.

Dúvidas e Perguntas

Caso tenha dúvidas sobre o processo de cadastro, entre em contato com o Programa pelo telefone 833-869-6820 ou pelo e-mail Commission@CCCMass.com.



FORMULÁRIO DE CADASTRO DE CUIDADOR PESSOAL (use letra de forma)
(PERSONAL CAREGIVER REGISTRATION FORM (Please Print))

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES DO CUIDADOR PESSOAL (OBRIGATÓRIO) SECTION A:
(PERSONAL CAREGIVER INFORMATION (REQUIRED))

O nome e endereço neste formulário devem corresponder ao nome e endereço no seu documento de identificação válido ou no seu comprovante de residência principal. (The name and address on this form must match the name and address on your valid form of ID, or your proof of primary residence).

I. PIN (conforme fornecido a você
pelo seu paciente)
PIN (as provided to
you by your patient): _____

Nome (Full name): _____
2. Sobrenome (Last): _____ 3. Primeiro nome (First): _____
M.I.: _____

4. Últimos 4
dígitos do
do Seguro Social:
Last 4 digits of
Social Security
Number: _____

5. Data Nasc.
(Date of birth)
mm/dd/aaaa
(mm/dd/yyyy) _____

6. Fone
(Phone)

7. E-mail (Email address) : _____

8. Gênero
(Gender)

MASCULINO (MALE) FEMININO (FEMALE) OUTRO (OTHER) _____

9. Eu (o cuidador)
escolho ser
comunicado
via: (I (the
caregiver)
choose to be
communicated
with via)

U.S.
Mail

E-mail

10. Sobrenome de
solteira da mãe:

Mother's maiden
last name):

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO CUIDADOR (OBRIGATÓRIO)

(RESIDENTIAL ADDRESS OF CAREGIVER (REQUIRED))

11a. Endereço residencial do cuidador
(Residential address of caregiver): _____

11b. N° Apto. ou suíte
Apt. or suite number: _____

12. Cidade (City): _____

13. Estado (State): _____ 14. ZIP: _____

ENDEREÇO POSTAL DO CUIDADOR (SE FOR DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL)

(MAILING ADDRESS OF CAREGIVER (IF DIFFERENT FROM RESIDENTIAL ADDRESS))

15a. Endereço para correspondência do cuidador
(Mailing Address of Caregiver) : _____

15b. N° Apto. ou suíte
Apt. or suite number : _____

16. Cidade (City): _____

17. Estado (State): _____ 18. ZIP: _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO (OBRIGATÓRIO)

(VALID FORM OF ID (REQUIRED))

Observe que se você selecionar Passaporte, Cartão de Residente Permanente ou Identificação Militar, será necessário enviar outro documento que comprove sua residência principal. (Please note that if Passport, Permanent Resident Card, or Military ID is selected, you will need to submit another document that proves your primary residence.)

19. Estou enviando uma cópia do seguinte documento de identificação válido: (I am submitting a copy of the following valid form of ID)

Carteira motorista
 (Driver's License)

Cartão ID
(ID Card)

U.S. Passaporte
(U.S. Passport)

U.S. ID Militar
 U.S. Military ID

Cartão Residência Permanente
(Permanent Res Card)

20. Número na forma válida de identificação (Number on valid form of ID) : _____

_____/_____/_____

21. Data de validade do documento de identificação válido
(mm/dd/aaaa)
(Expiration date of valid form of ID)
(mm/dd/yyyy)

SEÇÃO B: INFORMAÇÕES QUALIFICADAS DO PACIENTE (OBRIGATÓRIO)

(SECTION B: QUALIFYING PATIENT INFORMATION (REQUIRED))

Por favor, indique o nome do paciente qualificado que você ajudará com o uso medicinal da maconha e seu relacionamento com o paciente.
(Please indicate the name of the qualifying patient you will be assisting with the medical use of marijuana and your relationship to the patient.)

Nome do Paciente (Patient)

Name): _____

21. Sobrenome (Last): _____

22. Primeiro nome (First): _____

23. MI.: _____

24. Número de Identificação do Paciente (Patient Identification Number): _____

25. Relação do Cuidador Pessoal
Com (Personal caregiver
relation to) _____

Membro da família imediata
 (Immediate family member) Outro (Other) _____

SEÇÃO C: CONFIRMAÇÕES DO CUIDADOR PESSOAL (OBRIGATÓRIO)
(SECTION C: PERSONAL CAREGIVER ATTESTATIONS (REQUIRED))

Leia as declarações abaixo e marque a caixa para confirmar que entendeu e concorda com as mesmas.
(Read the attestations below and check the box to attest that you understand and agree with the attestations).

- Enviei todas as informações necessárias da melhor maneira possível e não fiz nenhuma declaração falsa.
(I have submitted all the required information to the best of my abilities and have not made any false representations).
- Não me envolverei no desvio de maconha comprada para uso medicinal.
(I will not engage in the diversion of marijuana purchased for medical use).
- Atesto que somente auxiliarei o paciente que me designou como seu cuidador no Programa de Uso Medicinal da Maconha (Programa) que seja consistente com as recomendações do seu provedor de saúde certificador.
(I attest that I will only assist the patient who has designated me to be their caregiver in the Medical Use of Marijuana Program (Program) that is consistent with their certifying healthcare provider's recommendations).
- Entendo que as proteções conferidas por M. G. L. c. 94I: *Uso medicinal de maconha* e 935 CMR 501.000,

para posse de maconha para uso medicinal, são aplicáveis apenas em Massachusetts. Entendo que nada na lei de Massachusetts ou nos regulamentos da Comissão de Controle da Cannabis (CCC), 935 CMR 501.000, pretende conceder imunidade sob lei federal ou representa um obstáculo à aplicação federal da lei federal.

- *(I understand that the protections conferred by M. G. L. c. 94I: Medical use of Marijuana and 935 CMR 501.000, for possession of marijuana for medical use are applicable only within Massachusetts. I understand that nothing in Massachusetts law or the Cannabis Control Commission (CCC) regulations, 935 CMR 501.000, purports to give immunity under federal law or poses an obstacle to federal enforcement of federal law).*
- Entendo que sou responsável por notificar o Programa dentro de cinco dias úteis (ligando para (833) 869-6820) após qualquer alteração nas informações que enviei ao Programa, se meu Cartão de Identificação do Programa for perdido, roubado ou destruído, ou se meu paciente vier a falecer.
- *(I understand that I am responsible for notifying the Program within five business days (by calling (833) 869-6820) after any change to the information that I have submitted to the Program, if my Program ID Card has been lost, stolen, or destroyed, or if my patient becomes deceased).*
- Entendo que devo portar meu Cartão de Identificação do Programa o tempo todo enquanto estiver de posse de maconha para uso medicinal.
- *(I understand that I must carry my Program ID Card at all times while in possession of marijuana for medical use).*
- Entendo que, se disponível, uma cópia da minha foto no banco de dados do Registro de Veículos Motorizados será transferida para o banco de dados do Sistema Online de Uso Medicinal de Maconha para fins de manutenção de cadastros.
- *(I understand that, if available, a copy of my photo in the Registry of Motor Vehicles database will be transferred into the Medical Use of Marijuana Online System database for record keeping purposes).*
- Entendo que a foto no banco de dados do Sistema Online de Uso Médico de Maconha será colocada no meu Cartão de Identificação do Programa para fins de identificação.
- *(I understand that the photo in the Medical Use of Marijuana Online System database will be placed on my Program ID Card for identification purposes).*
- Não atuarei como cuidador pessoal de mais de cinco pacientes qualificados registrados ao mesmo tempo.
- *(I will not serve as a personal caregiver for more than five registered qualifying patients at one time).*
- Exceções: Funcionários de um provedor de cuidados paliativos, unidade de enfermagem, unidade médica que fornece cuidados a um paciente qualificado internado ou residindo nessa unidade, enfermeiro visitante, auxiliar de saúde domiciliar, cuidador de cuidados pessoais ou um membro da família imediata (cônjuge, pai, mãe, filho, avô, neto, irmão, incluindo parentes por afinidade) de mais de um paciente qualificado registrado.
- *(Exceptions: Employee(s) of a hospice provider, nursing facility, medical facility providing care to a qualifying patient admitted to or residing at that facility, visiting nurse, home health aide, personal care attendant, or an immediate family member (spouse, parent, child, grandparent, grandchild, sibling, including in-laws) of more than one registered qualifying patient).*
- Não receberei pagamento ou outra compensação pelos serviços que presto como cuidador pessoal, mas posso ser reembolsado por despesas razoáveis em que incorri na prestação dos meus serviços, se o meu paciente concordar em reembolsá-las. Entendo que o meu tempo não é considerado uma despesa razoável.
- *(I will not receive payment or other compensation for services that I provide as a personal caregiver, but I may be reimbursed for reasonable expenses that I have incurred in providing my services if my patient agrees to reimburse my expenses. I understand that my time is not considered a reasonable expense).*
- Eu não irei:
- *(I will not):*
 - Consumir, por qualquer meio, maconha que tenha sido fornecida ou cultivada para meu paciente;
 - *(Consume, by any means, marijuana that has been dispensed to or cultivated for my patient);*

- Vender, fornecer ou desviar de qualquer outra forma maconha que tenha sido fornecida ou cultivada para meu paciente;
 - *(Sell, provide, or otherwise divert marijuana that has been dispensed to or cultivated for my patient);*
 - Cultivar maconha para meu próprio uso, exceto conforme autorizado por M. G. L. c. 94G e M. G. L. c. 94I;
 - *(Cultivate marijuana for my own use, except as authorized by M. G. L. c. 94G and M. G. L. c. 94I);*
 - Cultivar maconha para meu paciente, a menos que meu paciente tenha sido aprovado para um Cadastro de Cultivo em Situação de Dificuldade pela Comissão de Controle de Cannabis (CCC), desde que o Cuidador mantenha a maconha pronta separada para seu uso individual e para o uso do paciente;
 - *(Cultivate marijuana for my patient unless my patient has been approved for a Hardship Cultivation Registration by the Cannabis Control Commission (CCC), provided a Caregiver shall keep separate finished Marijuana for their individual use and a patient's use);*
 - Cultivar maconha para fins de venda ou fornecimento de maconha a qualquer pessoa que não seja meu paciente; ou
 - *(Cultivate marijuana for purposes of selling or providing marijuana to anyone other than my patient; or)*
 - Permitir que meu paciente, se for menor de 18 anos, possua maconha a qualquer momento quando não estiver na minha presença.
 - *(Allow my patient, if my patient is under 18 years of age, to possess marijuana at any time when he or she is not in my presence).*
- Entendo que, ao fornecer um endereço de e-mail ao Programa, o Programa utilizará o endereço de e-mail que forneci para se comunicar comigo. Esses e-mails serão usados para me enviar informações sobre o Programa e o sistema de cadastro online, podendo discutir sobre maconha ou seu uso medicinal. Exemplos dessas informações incluem, entre outras, atualizações gerais do programa, status de cadastro ou informações exigidas de mim pelo Programa.
 - *(I understand that by providing an email address to the Program, the Program will use the e-mail address that I have provided to communicate with me. These emails will be used to send me information about the Program and the online registration system and may discuss marijuana or the medical use of marijuana. Examples of this information include, but are not limited to, general program updates, registration status, or information required from me by the Program).*
 - Entendo que e-mails não são totalmente seguros ou privados e que pessoas não autorizadas podem interceptar, ler e possivelmente alterar e-mails que envio ou recebo do Programa. O Programa recomenda que eu proteja minha conta de e-mail, senha e computador contra acesso de pessoas não autorizadas e que eu instale e mantenha um software antivírus em meu computador pessoal. Também entendo que, como os e-mails podem ser copiados, impressos e encaminhados pelas pessoas para as quais os envio, devo ter cuidado ao compartilhá-los.
 - *(I understand that email is not entirely secure or private, and that unauthorized people may be able to intercept, read and possibly change email I send to or receive from the Program. The Program recommends that I protect my e-mail account, password and computer against access by unauthorized people and that I install and maintain virus protection software on my personal computer. I also understand that since e-mails can be copied, printed and forwarded by people to whom I send e-mails, I should be careful regarding sharing e-mails).*
 - Entendo que não preciso concordar em fornecer um endereço de e-mail para me comunicar com o Programa. Se eu não quiser receber e-mails do Programa, devo enviar um e-mail para Commission@CCCMass.com ou ligar para (833) 869-6820. Se, a qualquer momento, eu decidir não receber mais e-mails do Programa, devo enviar um e-mail para Commission@CCCMass.com ou ligar para (833) 869-6820. Entendo que, se eu não quiser mais receber e-mails ou mudar de ideia sobre o recebimento de e-mails posteriormente, o Programa se comunicará comigo pelos Correios dos EUA.
 - *(I understand that I do not have to agree to provide an email address in order to communicate with the Program. If I do not want to receive emails from the Program, I must email the Program at Commission@CCCMass.com or call (833) 869-6820. If I decide at any time, I no longer want to receive*

emails from the Program, I must email the Program at Commission@CCCMass.com or call (833) 869-6820. I understand that if I do not want to receive emails or later change my mind about receiving emails, the Program will communicate with me through U.S. mail).

Ao marcar a caixa, atesto que entendo e concordo com cada uma das Declarações acima. (By checking the box, I attest that I understand and agree with each of the Attestations above).

Certifico que as informações acima estão corretas e completas. (I hereby certify that the above information is correct and complete).

26. Assinatura do

Cuidador Pessoal (Personal caregiver signature): _____

27.(mm/dd/aaaa) (mm/dd/yyyy): _____