

Programa de Uso Medicinal da Maconha: Formulário de Cadastro de Paciente

(Medical Use of Marijuana Program: Patient Registration Form)

O cadastro *online* no Programa de Uso Medicinal de Maconha (Programa) é a maneira mais rápida e conveniente de se registrar para posse de maconha para fins medicinais. Este documento de formulário de cadastro é para uso de pacientes que não têm acesso à internet ou não conseguem se cadastrar online. Não há custo associado ao cadastro.

Para se cadastrar como Paciente Qualificado Registrado (Paciente) no Programa, você deve primeiro obter uma certificação de um Provedor de Saúde Certificador (Provedor).

Após a emissão da certificação pelo seu Provedor, preencha e envie pelo correio o formulário de inscrição em anexo, juntamente com os documentos necessários listados abaixo. Após a conclusão do processo de inscrição, você receberá o seu Cartão de Identificação do Programa pelo correio.

Preparando-se para o Cadastro

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

- Seu **PIN**, conforme fornecido pelo seu Provedor e enviado por e-mail pelo Programa, após sua certificação;
- Uma cópia de um documento de identificação válido (ID), conforme explicado abaixo; e
- Uma fotografia sua, conforme explicado abaixo.

Formas válidas de identificação

Formas válidas de identificação incluem:

- Carteira de habilitação de Massachusetts;
- Carteira de identidade de Massachusetts (com foto);
- Passaporte americano e outro documento que comprove sua residência em Massachusetts; ou
- Documento de identidade militar dos EUA e outro documento que comprove sua residência em Massachusetts.

- Cartão de Residente Permanente

Se estiver enviando um passaporte, cartão de residente permanente ou identidade militar dos EUA:

Se 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 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 apresentar um passaporte, cartão de residente permanente 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.

Enviando seu formulário de inscrição

Pelo correio:

- Formulário de inscrição preenchido;

- **Cópia** de um documento de identidade válido (e **cópia** de um documento que comprove sua residência em Massachusetts, se aplicável); e Fotografia.

Envie para:

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

Após o envio do seu formulário de inscrição, você será notificado sobre o status do seu cadastro. Se forneceu um endereço de e-mail, receberá uma notificação sobre o status do seu cadastro por e-mail. Após a conclusão do processo de inscrição, você receberá seu Cartão de Identificação do Programa pelo correio.

Selecionando um Cuidador Pessoal

Para selecionar um cuidador pessoal, siga estas etapas:

- **PASSO 1:** Preencha a Seção B do formulário de inscrição.
- **PASSO 2:** Após o envio do formulário de inscrição, o Programa enviará por e-mail um **PIN** para você fornecer ao seu cuidador pessoal para que ele possa se cadastrar.
- **PASSO 3: Forneça o PIN ao seu cuidador pessoal** e oriente-o a se cadastrar no Programa. Seu cuidador pessoal deverá usar este PIN para se cadastrar.
- **PASSO 4:** Após o seu cuidador pessoal enviar a solicitação de inscrição, ligue para o Programa no número 833-869-6820 para verificar se essa pessoa pode ser vinculada a você como seu cuidador pessoal. Após a verificação, o Programa processará a solicitação de inscrição do seu cuidador pessoal. Se o cadastro for aprovado, seu cuidador pessoal poderá auxiliá-lo com o uso medicinal de maconha.

Outras informações importantes sobre o Cadastro

Os pacientes devem manter uma certificação ativa do seu Provedor e um cadastro ativo no Programa para ter 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 em posse de maconha para uso medicinal.

Os Cartões de Identificação do Programa são emitidos anualmente. Você precisa renovar seu cadastro no Programa anualmente para permanecer ativo.

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 um Cartão de Identificação do Programa.

FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PACIENTE (use letra de forma)
(PATIENT REGISTRATION FORM (Please Print)

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES DO PACIENTE (OBRIGATÓRIO)

(SECTION A: PATIENT INFORMATION (REQUIRED))

*O nome e o endereço neste formulário devem corresponder ao nome e endereço no seu documento de identificação válido (ID) ou documento que comprove sua residência em Massachusetts.
(The name and address on this form must match the name and address on your valid form of identification (ID), or document that proves your Massachusetts residency.)*

PIN ou número de cadastro: (PIN or registration number:) _____

2. Últimos 4 dígitos do

3. Seguro Social (Last 4 digits of Social Security Number): _____

Nome (Name): _____
3. Sobrenome (Last)

4. Primeiro Nome (First) _____ M.I. _____

4. Data Nasc. (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____
Date of birth (mm/dd/yyyy):

6. Fone (Phone):

7. E-mail: _____

8. Gênero (Gender) MASCULINO (MALE) FEMININO (FEMALE)
OUTRO (OTHER) _____

☐☐

9. Escolho ser comunicado via
(I 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 PACIENTE (OBRIGATÓRIO)
(RESIDENTIAL ADDRESS OF PATIENT (REQUIRED))

Endereço (Address):

11a. Endereço residencial do paciente (Residential address of patient)

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

12. Cidade (City) _____

13. Estado (State) _____

14. ZIP _____

ENDEREÇO POSTAL DO PACIENTE (SE FOR DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL)
(MAILING ADDRESS OF PATIENT (IF DIFFERENT FROM RESIDENTIAL ADDRESS))

Endereço (Address):

15a. Endereço postal do paciente (Mailing address of patient)

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 selecionar Passaporte ou Identificação Militar, será necessário enviar outro documento que comprove sua residência principal.
(Please note that if Passport 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 de motorista
(Driver's License)

ID
(ID)

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

ID U.S. Militar (U.S. Military ID)

☐☐☐☐

20. Número no
documento de
identificação válido
(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: DESIGNAÇÃO DE CUIDADOR PESSOAL (OPCIONAL)
(SECTION B: PERSONAL CAREGIVER DESIGNATION (OPTIONAL))**

Se não tiver um cuidador pessoal, pule para a Seção C. (If you do not have a personal caregiver, please skip to Section C)

Por favor, indique o nome do seu cuidador pessoal e o grau de parentesco que ele tem com você.
(Please indicate your personal caregiver's name and their relationship to you.)

22. Eu gostaria de designar o(s) seguinte(s) indivíduo(s) como cuidador(es) pessoal(ais) do paciente. Gostaria que a Comissão de Controle da Cannabis gerasse um PIN em meu nome para permitir que o(s) cuidador(es) pessoal(ais) se registrem e entendo que sou responsável por fornecer o PIN ao(s) meu(s) cuidador(es) pessoal(ais) assim que o receber:
(I would like to designate the following individual(s) as the patient's personal caregiver(s), I would like the Cannabis Control Commission to generate a PIN on my behalf to allow the personal caregiver(s) to register, and understand that I am responsible for giving the PIN to my personal caregiver(s) once I receive it:)

CUIDADOR 1 (CAREGIVER 1)

Nome (Name): _____
a. Sobrenome (Last) b. Primeiro nome (First)

c. Relação do Cuidador
Pessoal com o paciente:
(Personal caregiver
relation to patient)

Membro da família imediata

☐ (Immediate family member)

☐ Outro (Other) _____

CUIDADOR 2 (CAREGIVER 2)

Nome (Name): _____
a. Sobrenome (Last) b. Primeiro nome (First)

c. Relação do Cuidador
Pessoal com o paciente:
(Personal caregiver
relation to patient)

Membro da família imediata

☐ (Immediate family member)

☐ Outro (Other) _____

SEÇÃO C: CONFIRMAÇÕES DO PACIENTE (OBRIGATÓRIO)

(SECTION C: PATIENT 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 forma 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.)*
- Declaro que somente farei uso medicinal de maconha de acordo com as recomendações do meu médico certificador.
- *(I attest that I will only engage in the medical use of marijuana that is consistent with my certifying physician's recommendations.)*
- Não me envolverei no desvio de maconha comprada para uso medicinal.
- *(I will not engage in the diversion of marijuana purchased for medical use.)*
- 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.
- *(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.)*
- Entendo que nada na lei de Massachusetts ou nos regulamentos da Comissão de Controle da Cannabis, 935 CMR 501.000, pretende conceder imunidade sob a lei federal ou representa um obstáculo à aplicação federal da lei federal.
- *(I understand that nothing in Massachusetts law or the Cannabis Control Commission regulations, 935 CMR 501.000, purports to give immunity under federal law, or poses an obstacle to federal enforcement of federal law.)*
- Entendo que devo portar meu documento de identificação do Programa de Uso Medicinal de Maconha (Programa) o tempo todo enquanto estiver em posse de maconha para uso medicinal.
- *(I understand that I must carry my Medical Use of Marijuana Program (Program) ID at all times while in possession of marijuana for medical use.)*
- Entendo que sou responsável por notificar o Programa de Uso Medicinal da Maconha em até cinco dias úteis (ligando para 833-869-6820) após qualquer alteração nas informações que enviei à Comissão de Controle da Cannabis, ou após descobrir que meu Cartão de Identificação do Programa foi perdido, roubado ou destruído.
- *(I understand that I am responsible for notifying the Medical Use of Marijuana Program within five business days (by calling 833-869-6820) after any change to the information that I have submitted to the Cannabis Control Commission, or after I discover that my Program ID Card has been lost, stolen, or destroyed.)*
- Entendo que, se disponível, uma cópia da minha foto no banco de dados do Registro de Veículos Motorizados será transferida para o Sistema Online do Programa de Uso Medicinal da 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 Program Online System for recordkeeping purposes.)*
- Entendo que a foto no banco de dados do Sistema Online do Programa de Uso Medicinal da 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 Program Online System database will be placed on my Program ID Card for identification purposes.)*
- Autorizo o Programa de Uso Medicinal da Maconha a liberar para os Centros de Tratamento de Maconha Medicinal, com a finalidade de dispensar maconha para uso medicinal, minhas informações de cadastro, incluindo: meu nome; o prazo da minha certificação; o período de dispensação; a quantidade que um Centro de Tratamento de Maconha Medicinal está autorizado a dispensar para mim ou para meu cuidador pessoal; se estou autorizado a cultivar; o formulário de identificação usado para cadastro, seu número (se aplicável) e sua data de validade; o nome do meu provedor médico certificador, seu endereço comercial e número de telefone; e meu histórico de dispensação.
- *(I authorize the Medical Use of Marijuana Program to release to the Medical Marijuana Treatment Centers, for the purpose of dispensing marijuana for medical use, my registration information, including: my name; the term of my certification; the dispensing period; the amount a Medical Marijuana Treatment Center is authorized to dispense to me or my personal caregiver; whether I am authorized to cultivate; the form of identification used for registration, its number (if applicable) and its expiration date; the name of my certifying medical provider, his/her business address and phone number; and my dispensing history.)*

- Entendo que, ao fornecer um endereço de e-mail ao Programa de Uso Medicinal da Maconha, 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 inscrição online, podendo discutir sobre maconha ou o uso medicinal da maconha. Exemplos dessas informações incluem, entre outras, atualizações gerais do programa, status de inscrição ou informações exigidas de mim pelo Programa.
- *(I understand that by providing an email address to the Medical Use of Marijuana Program, the Program will use the email 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 o e-mail não é totalmente seguro ou privado e que pessoas não autorizadas podem interceptar, ler e possivelmente alterar os 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 quem envio e-mails, 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 email 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 emails can be copied, printed, and forwarded by people to whom I send emails, I should be careful regarding sharing emails.)*
- Entendo que não preciso concordar em fornecer um endereço de e-mail para me comunicar com o Programa. Caso não queira receber e-mails do Programa, devo enviar um e-mail para o Programa em Commission@CCCMass.com. Se eu decidir a qualquer momento que não quero mais receber e-mails do Programa, devo enviar um e-mail para o Programa em Commission@CCCMass.com. Entendo que, se eu não quiser receber e-mails ou mudar de ideia posteriormente sobre o recebimento de e-mails, o Programa se comunicará comigo pelo correio 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. 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. 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 in Section C.)**

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

23. Assinatura do Paciente (Patient
Signature)

24. Data (date signed)
mm/dd/aaaa : _____ / _____ / _____
(mm/dd/yyyy)