Cannabis Control Commission
COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

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

(Medical Use of Marijuana Program: Patient Registration Renewal Form)

Instruções

A renovação do seu cadastro ***online*** no Programa de Uso Medicinal de Maconha (Programa) é a maneira mais rápida e conveniente de se cadastrar para posse de maconha para fins medicinais. Este documento de formulário de renovação de cadastro é para uso de pacientes que não têm acesso à internet ou não conseguem se cadastrar online.

Recomendamos fortemente que renove seu cadastro online. Visite nosso guia online para Pacientes e Cuidadores em https://masscannabiscontrol.com/patients-caregivers/.

Os cadastros expiram anualmente. Você pode solicitar uma nova inscrição até 60 dias antes da data de expiração do seu cadastro. É altamente recomendável que os candidatos solicitem a renovação do cadastro antes do vencimento do seu Cartão de Identificação do Programa atual. Isso garantirá que não haja nenhuma lacuna no status ativo do candidato.

Observe que, para manter um cadastro ativo como paciente no Programa, você também precisa ter uma certificação ativa do seu provedor de saúde certificador. Certifique-se de ter uma certificação ativa antes da renovação. Você pode ligar para o Programa pelo telefone 833-869-6820 para verificar o status da sua certificação.

Ao preencher esta solicitação, preencha todos os campos e envie pelo correio o formulário de renovação de cadastro junto com os documentos necessários listados abaixo.

Preparação para o Cadastro

Formas válidas de identificação

Formas Válidas de Identificação Incluem:

- Carteira de habilitação de Massachusetts;
- Carteira de identidade de Massachusetts (com uma foto sua);
- 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 e outro documento que comprove sua residência em Massachusetts.

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

Se apresentar um passaporte, documento de identidade militar dos EUA ou Cartão de Residente Permanente como documento de identificação válido, também deverá apresentar um documento que comprove sua residência em Massachusetts (conforme descrito abaixo). Além disso, o nome e o endereço fornecidos ao Programa devem corresponder ao nome e endereço no documento que apresentar 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, aluguel 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.

Enviando seu formulário de cadastro

Pelo correio:

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

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

Informações do Cuidador Pessoal

Se você não optou por ter um cuidador pessoal no ano passado para ajudá-lo com seu uso medicinal de maconha, mas deseja fazê-lo neste ano, siga as instruções abaixo.

Se não tem, ou não quer, um cuidador pessoal, pule para a próxima seção.

Você pode designar até dois cuidadores pessoais que não estejam atualmente designados por outro paciente, a menos que esse cuidador pessoal seja seu parente próximo.

Observe que você também pode selecionar um cuidador pessoal a qualquer momento após renovar seu cadastro, entrando em contato com o Programa pelo telefone 833-869-6820 para solicitar um Formulário de Cadastro de Cuidador Pessoal.

Siga estes passos:

- **PASSO 1**: Se desejar renovar o cadastro do seu cuidador pessoal, pule para o Passo 2. Se estiver selecionando um novo cuidador pessoal, preencha a Seção B do Formulário de Renovação de Cadastro do Paciente.
- **PASSO 2**: Após enviar seu formulário de renovação de cadastro, o Programa enviará a você um requerimento com um PIN para ser entregue ao seu cuidador pessoal para que ele possa se cadastrar ou renovar como cuidador.
- **PASSO 3:** Forneça o PIN ao seu cuidador pessoal e oriente-o a se cadastrar ou renovar no Programa. Seu cuidador pessoal deverá usar este PIN para se cadastrar.
- **PASSO 4:** Após o seu cuidador pessoal enviar a solicitação, ligue para o Programa pelo telefone 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 cadastro do seu cuidador pessoal. Se o cadastro ou a renovação for aprovado, seu cuidador pessoal poderá auxiliá-lo com o uso medicinal da maconha.

Observe que, se você não validar seu cuidador dentro de 60 dias, ele não será mais vinculado.

Outras informações importantes sobre o cadastro

Os pacientes devem manter uma certificação ativa do seu médico/profissional de saúde registrado no Programa de Uso Medicinal da Maconha e um cadastro ativo no Programa para serem autorizados para o uso medicinal da maconha segundo 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.

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

Notifique o Programa **dentro de 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.

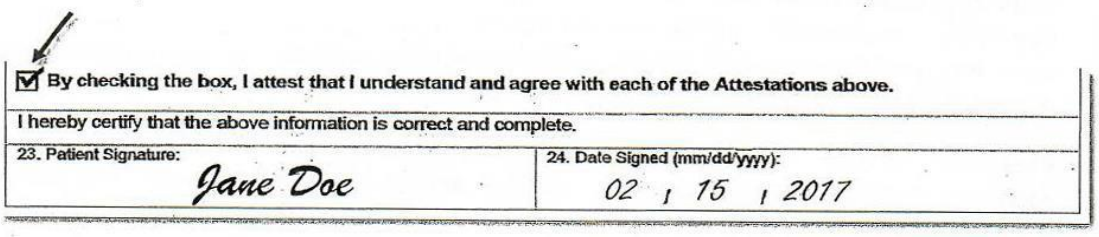
Antes de enviar seu formulário pelo correio

Sua carteira de motorista ou seu documento de identificação (ID) expirou no ano passado?

- Certifique-se de atualizar suas informações no Formulário de Renovação de Cadastro de Paciente.
- Faça uma cópia da sua nova carteira de habilitação e envie-a pelo correio junto com o formulário.

Você marcou certificando-se que entendeu e concorda com as declarações?

- Está localizado na Seção C, página três (3), acima do Item 23 (Assinatura do Paciente) e do Item 24 (Data da Assinatura) do formulário:



Você assinou e datou seu formulário?

- Localizado na Seção C, página três (3), Item 23 e Item 24.

Você incluiu TODAS as páginas do Formulário de Renovação de Cadastro de Paciente?

- São três (3) páginas no total

Certifique-se que o endereço no envelope esteja correto:

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

- **Atenção: o Serviço Postal dos EUA não encaminhará correspondências da Comissão de Controle da Cannabis.**

FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO DE CADASTRO DE PACIENTE (use letra de forma)
(PATIENT REGISTRATION RENEWAL 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.)

1. Cadastro Numero (Registration Number): _____

2. Últimos 4 dígitos do número do Seguro Social (Last 4 digits of Social Security Number):_____

Nome (Name): _____ _____ _____
3. Sobrenome (Last) *4. Primeiro nome (First)* *M.I.*

5. Data Nasc.; (mm/dd/aaaa) _____/_____/_____ 6. Fone (Phone): **( )** _____
(Date of birth (mm/dd/yyyy):

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

7. E-mail : _____ 8. Gênero (Gender) ☐ ☐ _____

9. Sobrenome de solteira da mãe (Mother's maiden last name): _____

10. Marque todas as opções que se aplicam (Please check all that apply):

- ☐ Nenhuma alteração foi feita no meu nome desde o cadastro do ano passado. (No changes have been made to my name from last year's registration)
- ☐ Nenhuma alteração foi feita no meu endereço desde o cadastro do ano passado (No changes have been made to my address from last year's registration.)
- ☐ Meu documento de identificação válido não expirou desde o cadastro do ano passado. (My valid form of ID has not expired since last year's registration)

Você deve atualizar o Programa e fornecer uma cópia do seu documento de identificação atual e válido, caso não tenha marcado todas as três caixas.
(You must update the Program and provide a copy of your current and valid form of ID if you did not check all three boxes.)

SE NÃO HOUVER ALTERAÇÕES, PULE PARA A SEÇÃO B.
(IF THERE ARE NO CHANGES, PLEASE SKIP TO SECTION B.)

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PACIENTE (SOMENTE PARA ALTERAÇÕES)

(RESIDENTIAL ADDRESS OF PATIENT (FOR CHANGES ONLY))

Endereço (Address): _____

11a. Endereço residencial do paciente (Residential address of patient) *11b. Nº Apto. ou Suíte (Apt. or suite number)*

*12. Cidade (City)*_____ *13. Estado (State)* _____ *14. ZIP*____

ENDEREÇO POSTAL DO PACIENTE
(SOMENTE PARA ALTERAÇÕES E SE FOR DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL)
(MAILING ADDRESS OF PATIENT)
(FOR CHANGES ONLY AND IF DIFFERENT FROM RESIDENTIAL ADDRESS)

Endereço (Address):

_____

15a. Endereço p/correspondência do paciente
(Mailing address of patient)

15b. Nº Apto ou Suíte
(Apt. or suite number)

16. Cidade
*(City)*_____

*17. Estado (State)*_____

*18. ZIP*___

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO VÁLIDO
(VALID FORM OF ID)

Observe que, se você 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) ☐ Carteira de identificação (ID Card) ☐ Passaporte USA (USA Passport) ☐

Identidade Militar USA (U.S. Military ID.) ☐ Cartão Residente Permanente (Permanent Res Card) ☐

_____ _____

19. 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. Eu 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): _____ _____
d. Sobrenome (Last) *e. Primeiro nome (First)*

f. 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 above.)**

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): ____/____/____