



**Gobierno del Distrito de Columbia**  
**Departamento de Salud**

Administración de  
Regulación y Licencias de Salud  
Programa de Marihuana Terapéutica

**INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD**

Para solicitar una tarjeta de identificación de inscripción del paciente, los solicitantes deberán remitir o enviar su solicitud completa al Departamento, en el formulario obligatorio, la cual debe incluir;

- El formulario de solicitud del paciente completo y firmado
- Dos (2) fotografías recientes tamaño pasaporte: dos (2) fotografías de frente del solicitante, de 2.54 cm por 2.54 cm (2 pulgadas x 2 pulgadas), con el área que va de lo alto de la frente hasta la punta de la barbilla claramente descubierta.
- Una fotocopia legible de una identificación con fotografía expedida por el gobierno federal, estatal o del Distrito de Columbia como comprobante de identidad
- El formulario de solicitud del encargado del cuidado (opcional)
- El formulario de recomendación del médico
  - La fecha no debe pasar de los noventa (90) días antes de la fecha de la solicitud
  - Los pacientes deben presentar la “copia rosa” del formulario de recomendación
- Un comprobante de residencia del Distrito de Columbia (*para consultar los requisitos de residencia, vea la página 3*)
- El pago de la solicitud

Envíe su solicitud, una vez llena, a: DC Medical Marijuana Program  
899 North Capitol Street, NE, 2<sup>nd</sup> Floor  
Washington, DC 20002

**Menores de edad**

Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, por favor use la solicitud del paciente para menores.

**Número de Seguro Social**

Si un solicitante no tiene un número de Seguro Social:

- (1) Envíe una declaración jurada junto con la solicitud en la que se declare, bajo pena de perjurio, que el solicitante no tiene un número de Seguro Social
- (2) Proporcione al Departamento de Salud la información del Seguro Social una vez que obtenga un número de esta administración



**Gobierno del Distrito de Columbia**  
**Departamento de Salud**

Administración de  
Regulación y Licencias de Salud  
Programa de Marihuana Terapéutica

**TARIFAS DE INSCRIPCIÓN**

La inscripción y los permisos deberán pagarse con cheque certificado, giro postal o *money order*, o cheque de caja pagaderos a nombre de **DC Treasurer**. El pago deberá hacerse al momento de presentar la solicitud.

I. Los costos de inscripción, renovación y remplazo son los siguientes:

- Inscripción inicial \$100.00
- Renovación \$100.00
- Remplazo de tarjeta \$90.00

II. Costos reducidos

El costo de la inscripción inicial para un paciente o encargado del cuidado que satisfagan los requisitos y cuyo ingreso sea *igual o menor que el doscientos por ciento (200%) del nivel federal de pobreza*, será de veinticinco por ciento (25%) del costo normal de inscripción publicado para el paciente o encargado del cuidado que satisfagan los requisitos, como sigue:

- Inscripción inicial \$25.00
- Renovación \$25.00
- Remplazo de tarjeta \$20.00

Al verificar el ingreso para recibir un costo reducido, los solicitantes deben presentar los comprobantes siguientes:

- Comprobante como beneficiario actual de Medicaid o DC Alliance; o
- Documentación que verifique que el ingreso bruto total del solicitante—incluyendo los pagos de manutención infantil, pensión alimenticia y pagos de alquiler recibidos, así como cualquier otro ingreso percibido de manera periódica— sea igual o menor que el 200% del nivel federal de pobreza, como lo define el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

Al verificar su ingreso para propósitos de esta aceptación, la persona puede presentar lo siguiente:

- estados de pérdidas y ganancias recibidos en los últimos treinta (30) días;
- declaraciones de impuestos federales o del Distrito de Columbia del año fiscal más reciente;
- para los solicitantes recién empleados, una copia verificable de una oferta de empleo que establezca el salario a recibir como pago;
- una copia del estado de cuenta de las prestaciones del Seguro Social o de compensación por incapacidad;
- comprobante de la manutención infantil o la pensión alimenticia recibidas;
- cualesquier otras rentas o activos no salariales, incluyendo, pero sin limitarse a, acciones, bonos, pensiones vitalicias, pensiones privadas o cuentas de jubilación; o
- cualquier otro comprobante que el director del Departamento de Salud o su representante consideren razonablemente calculado para demostrar el ingreso real de una persona.

Los solicitantes deben presentar la información de verificación exigida para toda renovación o solicitud de una tarjeta de remplazo a fin de poder recibir el costo reducido.



**Gobierno del Distrito de Columbia**  
**Departamento de Salud**

Administración de  
Regulación y Licencias de Salud  
Programa de Marihuana Terapéutica

**COMPROBANTE DE RESIDENCIA**

Para cumplir con los requisitos del Programa de Marihuana Terapéutica, usted debe ser un residente del Distrito de Columbia. Para propósitos de este subtítulo, el paciente será un residente del Distrito de Columbia si: a) está físicamente presente en el Distrito de Columbia; b) ha dado pasos verificables para hacer del Distrito de Columbia su hogar de manera indefinida, sin ninguna intención presente de residir en ninguna otra parte; y c) no nada más se encuentra presente en el Distrito de Columbia con el mero propósito de conseguir marihuana terapéutica.

Para comprobar que residen en el Distrito de Columbia, los solicitantes deben presentar por lo menos **DOS (2)** de los siguientes documentos a su nombre. Marque dos comprobantes de residencia de la lista siguiente y adjunte los documentos correspondientes a la solicitud.

- Comprobante de pago del impuesto sobre la renta del Distrito de Columbia a nombre del solicitante y del periodo fiscal más próximo a la fecha de la solicitud
- El título de propiedad de una residencia del Distrito de Columbia que indique al solicitante como el propietario o copropietario
- Un contrato de arriendo o alquiler vigente a nombre del solicitante para una propiedad residencial del Distrito de Columbia
- Un talón de pago expedido menos de cuarenta y cinco (45) días antes de la fecha de la solicitud que indique y compruebe las retenciones de impuestos del Distrito de Columbia del solicitante
- Una tarjeta de inscripción en el padrón electoral con dirección del Distrito de Columbia
- Documentación oficial vigente de ayuda financiera recibida de parte del Gobierno del Distrito de Columbia, incluyendo, pero sin limitarse a: el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), Medicaid, el Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (SCHIP, por sus siglas en inglés), seguridad de ingreso suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), asistencia para la vivienda u otros programas gubernamentales
- La tarjeta de circulación vigente de un vehículo que esté a nombre del solicitante y compruebe que reside en el Distrito de Columbia
- Un permiso vigente del Distrito de Columbia para conducir un vehículo u otra identificación oficial a nombre del solicitante que no sea una licencia de manejar
- Un recibo de servicios públicos (excepto de teléfono) de un periodo comprendido dentro de los dos (2) meses inmediatamente previos a la fecha de la solicitud a nombre del solicitante y con una dirección residencial del Distrito de Columbia
- Cualquier otra forma razonable de verificación que el director o su representante consideren que demuestra su lugar actual de residencia