



Aplicación

Nombre del aspirante impreso

Fecha de nacimiento

Domicilio de la casa (para enviar la tarjeta)

(____)_____

Numero de teléfono

Masculino(____)Femenino (____)

Ciudad, estado, código postal (para enviar la tarjeta)

X
Firma del aspirante o representación autorizado

Fecha de hoy

Representación autorizado impreso
(si aplicable)

¿De donde aprendió de este programa? (Escoja todo que aplica)

<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Amigos/ Familiares
<input type="checkbox"/> OPDP sitio web	<input type="checkbox"/> Escuela o niversitaria	<input type="checkbox"/> Empleador	<input type="checkbox"/> Agencia del estado
<input type="checkbox"/> Hospitales/ Clínicas	<input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Tri-Met	<input type="checkbox"/> AARP
<input type="checkbox"/> Empresa de asegurador	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Servicios sociales	<input type="checkbox"/> Establecimiento de la fe

Una aplicación por cada aspirante. Envie las aplicaciones a:

Oregon Prescription Drug Program
c/o The ODS Companies
Attn: Billing & Eligibility
601 SW 2nd Ave.
Portland, OR 97204-9747