



COMISIÓN DE JUEGO DEL ESTADO DE WASHINGTON
UBICACIÓN: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400
TELÉFONO: 360-486-3440 /FAX: 360-486-3631
LÍNEA GRATUITA EN EL ESTADO: 1-800-345-2529 /SITIO WEB: www.wsgc.wa.gov

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE AUTOEXCLUSIÓN

INSTRUCCIONES

- ❖ Solo la persona que se está inscribiendo en el programa de autoexclusión voluntaria puede firmar y enviar este formulario.
- ❖ Deben llenarse todos los campos. Los formularios incompletos serán rechazados.
- ❖ Imprima claramente toda la información.
- ❖ Por favor, lea atentamente todo el formulario de solicitud.
- ❖ Envíe una solicitud completa, una fotografía de la cabeza y los hombros, la copia de la licencia de conducir estatal/identificación estatal con foto o el pasaporte con foto, y presente prueba de identidad:
 - En persona en cualquier sala de cartas con banco propio o en la WSGC (Washington State Gambling Commission, Comisión de Juego del estado de Washington) (dirección de Lacey)
 - Envíe por correo la solicitud, la copia de la licencia de conducir estatal/identificación estatal con foto o el pasaporte con foto y una fotografía reciente de la cabeza y los hombros a WSGC (P.O. Box) firmada por un:
 - notario o
 - consejero de juego certificado
- ❖ Formas aceptables de prueba de identidad:
 - licencia de conducir estatal válida con foto;
 - identificación gubernamental válida que contenga el nombre, la foto y la DOB (Date of Birth, fecha de nacimiento) de la persona; o
 - pasaporte válido

A INFORMACIÓN PERSONAL			
NOMBRE: Apellido		Nombre	Segundo nombre
APODO			
DIRECCIÓN: Calle o Ruta		Ciudad	Estado o País Código Postal
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	
ALTURA	PESO	COLOR DE LOS OJOS	COLOR DEL CABELLO
TELÉFONO DE CASA/CELULAR ()	TELÉFONO ALTERNATIVO 1 ()		TELÉFONO ALTERNATIVO 2 ()
Dirección de correo electrónico (hasta 3)	CORREO ELECTRÓNICO		CORREO ELECTRÓNICO
N.º de DOL (Department of Licensing, Departamento de Licencias) y estado de emisión O N.º de pasaporte			

B PERIODO DE INSCRIPCIÓN

Seleccione el período de inscripción para la autoexclusión. Una vez inscrito, **no puede** ser eliminado del programa antes del período de inscripción seleccionado.

El período de inscripción comienza y se considera que está inscrito cuando un formulario completo es:

- aceptado por una sala de cartas con banco propio o por la WSGC en persona o
- se ha recibido por correo.

 1 año

 3 años

 5 años

 10 años
C FOTO

ADJUNTE AQUÍ UNA FOTOGRAFÍA
RECIENTE CON CALIDAD DE
PASAPORTE QUE MUESTRE
LA CABEZA Y LOS HOMBROS DE
LA PERSONA A EXCLUIR

D COPIA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO

ADJUNTE COPIA DE
LA LICENCIA DE CONDUCIR ESTATAL/
IDENTIFICACIÓN ESTATAL CON FOTO
O PASAPORTE CON FOTO

E ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE

Por favor, lea atentamente cada declaración a continuación y coloque sus iniciales para indicar que comprende y está de acuerdo con la declaración.

Inicio	
	1. Entiendo que, al inscribirme, tengo prohibido ingresar a las instalaciones de todos los titulares de licencias de salas de cartas con banco propio y cualquier instalación de juego tribal participante, que pueden cambiar, durante el período de inscripción.
	2. Entiendo que mi inscripción es irrevocable durante el período de tiempo de inscripción inicial que seleccioné y no puede modificarse ni rescindirse por ningún motivo.
	3. Entiendo que seguiré estando en la lista de autoexclusión después de que haya vencido mi período de inscripción inicial, a menos que complete el formulario requerido para eliminarme.
	4. Entiendo que, en última instancia, es mi responsabilidad excluirme de todas las salas de cartas con banco propio y de las instalaciones de juegos tribales participantes en Washington.
	5. Entiendo que se me prohibirá usar todos los servicios y/o comodidades asociados con las salas de cartas con banco propio y las instalaciones de juegos tribales participantes, incluidos, entre otros, restaurantes, bares, boliches, servicios de cambio de cheques y adelantos en efectivo.
	6. Entiendo que todas las membresías de clubes de jugadores y las cuentas mantenidas en las salas de cartas con banco propio y en las instalaciones de juegos tribales participantes se cerrarán y todas las recompensas y los puntos ganados se pondrán a cero.
	7. Entiendo que se me negará el acceso al servicio de marketing y correo directo, membresías de clubes de nuevos jugadores, servicios o artículos complementarios, privilegios de cambio de cheques, programas de recompensas para jugadores y otros beneficios similares.
	8. Entiendo que la divulgación de cierta información sobre mi autoexclusión es necesaria para satisfacer mi solicitud.

E ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE

Por favor, lea atentamente cada declaración a continuación y coloque sus iniciales para indicar que comprende y está de acuerdo con la declaración.

Inicio	
	9. Entiendo que se me puede negar la entrada y/o pueden escoltarme fuera de las instalaciones de una sala de cartas con banco propio o de una instalación de juego tribal participante por cualquier motivo que no sea el de llevar a cabo mis deberes laborales.
	10. Entiendo que todo el dinero y las cosas de valor (fichas de juego) que obtenga o que se me deban como resultado del juego prohibido o la compra de fichas de juego y/o la participación en cualquier actividad de juego autorizada serán confiscados y donados a una organización para personas con problemas de juego, como descrito en el RCW (Revised Code of Washington, Código Revisado de Washington) 9.46.071 y el WAC (Washington Administration Code, Código de Administración de Washington) 230-23-030.
	11. Entiendo que no puedo cobrar ninguna ganancia ni recuperar ninguna pérdida por la compra de fichas y/o por participar en actividades de juego autorizadas.

E ATESTACIÓN

Al enviar este formulario, estoy solicitando ser colocado en el Programa de Autoexclusión Voluntaria. La firma en este formulario y la foto adjunta pertenecen a mi persona.

Me inscribo conscientemente y de forma voluntaria en este programa por mi propia voluntad y no estoy bajo la influencia indebida de ninguna persona o sustancia.

Entiendo que es mi responsabilidad cumplir con el Programa de autoexclusión voluntaria después de inscribirme.

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y exacta. Al firmar este formulario, declaro que entiendo mis responsabilidades y acepto las condiciones del Programa de autoexclusión voluntaria.

FIRMA	NOMBRE ESCRITO	FECHA

F CESIÓN

Entiendo que al participar en el programa de autoexclusión no tengo una causa de acción contra el Estado de Washington, la comisión o cualquier establecimiento de juego, sus empleados o funcionarios por cualquier acto u omisión en el procesamiento o cumplimiento de los requisitos del programa de autoexclusión, incluido el hecho de no impedir que una persona juegue en un establecimiento de juego autorizado. RCW 9.46.071(1)(e).

Por la presente, libero, indemnizo, libero de responsabilidad y para siempre al Estado de Washington y a la Comisión de Juego del Estado de Washington, y a sus empleados y agentes, de cualquier reclamo, daño, pérdida, gasto o responsabilidad hacia mí y mis herederos, administradores, albaceas y cesionarios por cualquier daño, monetario o de otro tipo, que pueda surgir de mi autoexclusión o en relación con ella y por cualquier acto u omisión relacionado con esta solicitud de autoexclusión. Esto incluye, pero no se limita, a las actividades de juego de un titular de licencia de una sala de cartas con banco propio o de cualquier tribu o cualquier otra actividad de juego del estado de Washington de (1) negarme los privilegios de juego o restaurarlos, o (2) permitirme o no permitirme participar en actividades de juego mientras estoy en la lista de personas autoexcluidas.

Al firmar a continuación, reconozco que entiendo las implicaciones de mi decisión y solicito que se me incluya en la lista de autoexclusión para el período de inscripción inicial que seleccioné.

FIRMA	NOMBRE ESCRITO	FECHA
-------	----------------	-------

G ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

EN PERSONA: Completado por un representante de la HBCR (House-Banked Card Room, sala de cartas con banco propio) o un miembro del personal de la WSGC.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO DE LA HBCR	o	INFORMACIÓN DEL EMPLEADO DE LA WSGC
UBICACIÓN (Nombre de la HBCR)		UBICACIÓN (Oficina de la WSGC)
FIRMA		FIRMA
NOMBRE ESCRITO		NOMBRE ESCRITO
N.º de licencia de la WSGC		CARGO
FECHA		FECHA

Tipo de identificación con foto revisada:

- DOL – Estado: _____ Pasaporte – País: _____
 Identificación emitida por el gobierno -
 Tipo de identificación: _____

POR CORREO: Presente prueba de identificación y haga que se la notaricen o que un consejero de juego certificado la firme

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí el _____ de _____ de 20____, por _____ <input type="checkbox"/> de mi conocimiento. o <input type="checkbox"/> quien demostró mediante evidencia satisfactoria ser la persona que compareció ante mí.	SELLO DEL NOTARIO PÚBLICO Firma del notario público:
	Mi cargo expira el:

FIRMA del consejero de juego certificado:	NOMBRE ESCRITO:
N.º de credencial del DOH (Department of Health, Departamento de Salud):	FECHA: