



КОМИССИЯ ПО АЗАРТНЫМ ИГРАМ ШТАТА WASHINGTON

МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400

ТЕЛЕФОН: 360-486-3440 / ФАКС: 360-486-3631

ТАТНЫЙ НОМЕР ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ ШТАТА: 1-800-345-2529 / ВЕБ-САЙТ: www.wsgc.wa.gov

ФОРМА САМОИСКЛЮЧЕНИЯ

ИНСТРУКЦИИ

- ❖ Подписать и подать эту форму могут только участники программы добровольного самоисключения.
- ❖ Все поля должны быть заполнены. Не до конца заполненные формы будут отклонены.
- ❖ Впишите все данные разборчиво печатными буквами.
- ❖ Внимательно ознакомьтесь с формой заявки.
- ❖ Подайте заполненную заявку, приложите фотографию до плеч, копию удостоверения личности государственного образца / удостоверения личности с фотографией или паспорта с фотографией, а также предъявите оригинал удостоверения личности:
 - лично в любом покер-руме или WSGC (Washington State Gambling Commission, Комиссия по азартным играм штата Washington) (в Лейси);
 - отправьте по почте заявку, копию водительского удостоверения государственного образца / удостоверения личности с фотографией или паспорта с фотографией, а также актуальную фотографию до плеч в WSGC (на абонентский ящик) с подписью:
 - нотариуса; или
 - сертифицированного консультанта по азартным играм.
- ❖ Приемлемые формы удостоверения личности:
 - водительское удостоверение государственного образца с фотографией;
 - действительное удостоверение личности государственного образца с фотографией и указанием имени и даты рождения; или
 - действительный паспорт.

A ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ			
Полное имя:	Фамилия	Имя	Второе имя
ПСЕВДОНИМЫ			
АДРЕС:	Улица или шоссе	Город	Штат или страна Индекс
ДАТА РОЖДЕНИЯ		ПОЛ <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Х	
РОСТ	ВЕС	ЦВЕТ ГЛАЗ	ЦВЕТ ВОЛОС
ДОМАШНИЙ/СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН ()	ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН 1 ()		ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН 2 ()
Адреса электронной почты (до 3)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ		АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ
№ DOL (Department of Licensing, Департамент лицензирования) и штат выдачи ИЛИ № паспорта			

В	РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД
<p>Выберите период, в течение которого будет действовать ваше самоисключение. После регистрации вас не смогут исключить из программы до истечения указанного периода.</p> <p>Вы считаетесь зарегистрированным, и, соответственно, регистрационный период начинается с момента, когда заполненная форма:</p> <ul style="list-style-type: none"> • принята покер-румом или WSGC от вас лично; или • получена по почте. <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 1 год <input type="checkbox"/> 3 года <input type="checkbox"/> 5 лет <input type="checkbox"/> 10 лет </p>	

С	ФОТО	D	КОПИЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ С ФОТОГРАФИЕЙ
<p>ПРИКРЕПИТЕ ЗДЕСЬ АКТУАЛЬНУЮ ФОТОГРАФИЮ ПАСПОРТНОГО ФОРМАТА, НА КОТОРОЙ ИЗОБРАЖЕНЫ ГОЛОВА И ПЛЕЧИ ЛИЦА, ПОДЛЕЖАЩЕГО ИСКЛЮЧЕНИЮ</p>		<p>ПРИКРЕПИТЕ КОПИЮ ВОДИТЕЛЬСКОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА / УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛИЧНОСТИ С ФОТОГРАФИЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА ИЛИ ПАСПОРТА С ФОТОГРАФИЕЙ</p>	

E	СОГЛАСИЕ УЧАСТНИКА
<p>Внимательно прочтите каждое утверждение ниже и поставьте свою подпись в знак того, что вы понимаете его суть и согласны с ним.</p>	
Подпись	
	1. Я понимаю, что после регистрации мне будет запрещено входить в помещения всех лицензированных покер-румов, а также участвующих в программе племенных игорных заведений, перечень которых может меняться в течение регистрационного периода.
	2. Я понимаю, что отменить регистрацию в течение изначально выбранного мной периода будет невозможно, равно как и изменить ее сроки или аннулировать ее по какой-либо причине.
	3. Я понимаю, что останусь в списке самоисключенных лиц и по истечении срока моей первоначальной регистрации, если не заполню соответствующую форму, чтобы удалить свое имя из указанного списка.
	4. Я понимаю, что, в конечном счете, ответственность за то, чтобы не посещать покер-румы и участвующие в программе племенные игорные заведения в штате Washington, лежит на мне.
	5. Я понимаю, что мне будет запрещено пользоваться всеми услугами и (или) удобствами, предоставляемыми покер-румами и участвующими в программе племенными игорными заведениями, включая, помимо прочего, услуги ресторанов, баров, боулинг-клубов, служб, специализирующихся на обналичивании чеков и выдаче наличных авансом.
	6. Я понимаю, что мое членство во всех клубах игроков будет аннулировано, все учетные записи, открытые в покер-румах и участвующих в программе племенных игорных заведениях, — закрыты, а все начисленные вознаграждения и заработанные очки будут обнулены.
	7. Я понимаю, что мне будет отказано в доступе к услугам адресной почтовой рассылки и маркетинговым услугам, возможности вступления в новые клубы игроков, а также в

Е СОГЛАСИЕ УЧАСТНИКА	
Внимательно прочтите каждое утверждение ниже и поставьте свою подпись в знак того, что вы понимаете его суть и согласны с ним.	
Подпись	
	доступе к бесплатным услугам или товарам, привилегиям при обналичивании чеков, участию в программах лояльности для игроков и другим подобным преимуществам.
	8. Я понимаю, что удовлетворение моего запроса предусматривает раскрытие определенной информации о моем самоисключении.
	9. Я понимаю, что мне может быть отказано во входе и (или) меня могут вывести из помещения покер-рума или участвующего в программе племенного игорного заведения, если только мое присутствие там не является необходимым для выполнения моих служебных обязанностей.
	10. Я понимаю, что все деньги и ценности (фишки), полученные или причитающиеся мне в результате выигрыша в запрещенных азартных играх, их покупки и (или) выигрыши в любых разрешенных азартных играх, будут конфискованы и переданы организации по проблемам азартных игр в соответствии с изложенным в RCW (Revised Code of Washington, Кодекс штата Washington с поправками) 9.46.071 и WAC (Washington Administrative Code, Административный кодекс штата Washington) 230-23-030.
	11. Я понимаю, что, вероятно, не смогу получить свои выигрыши или компенсировать убытки от покупки фишек и (или) участия в разрешенных видах азартных игр.

Е ПОДТВЕРЖДЕНИЕ		
<p>Отправляя эту форму, я подаю заявку на участие в программе добровольного самоисключения. Подпись на этой форме и прилагаемая к ней фотография принадлежат мне.</p> <p>Я принимаю участие в этой программе сознательно и добровольно и не нахожусь под неправомерным влиянием какого-либо лица или под воздействием каких-либо веществ.</p> <p>Я понимаю, что после регистрации я буду обязан (-а) соблюдать условия программы добровольного самоисключения.</p> <p>Я подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и точной. Подписывая эту форму, я заявляю, что понимаю, какие обязанности на меня ложатся, и принимаю условия программы добровольного самоисключения.</p>		
ПОДПИСЬ	ПОЛНОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА

F ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я понимаю, что, становясь участником программы самоисключения, я не имею основания для подачи иска против штата Washington, комиссии, любого игорного заведения, его сотрудников или должностных лиц за какие-либо действия или бездействие при обработке или обеспечении соблюдения требований программы самоисключения, включая неспособность помешать физическому лицу играть в азартные игры в лицензированном игорном заведении. RCW 9.46.071(1)(e).

Настоящим я навсегда освобождаю штат Washington и Комиссию по азартным играм штата Washington, а также ее сотрудников и агентов от любых претензий, необходимости возмещать убытки, расходы, а также от ответственности передо мной и моими наследниками, администраторами, исполнителями и правопреемниками за любой ущерб, будь то материальный или какой-либо иной, который может быть нанесен в результате, по причине или в связи с моим самоисключением, а также за любое действие или бездействие, связанное с удовлетворением этого запроса на самоисключение. Это включает, но не ограничивается, следующим: неспособность лицензированного покер-рума или любого племенного или любого другого игорного заведения штата Washington (1) отказать мне в предоставлении привилегий на участие в азартных играх или вернуть мне соответствующие привилегии, или (2) разрешать или не разрешать мне играть в азартные игры, пока мое имя находится в списке самоисключенных лиц.

Ставя свою подпись ниже, я подтверждаю, что осознаю последствия своего решения, и прошу включить меня в список самоисключенных лиц на изначально выбранный мной регистрационный период.

ПОДПИСЬ	ПОЛНОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА
---------	------------------------------	------

G ПРОЦЕДУРА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВКИ

ЛИЧНО: заполняется представителем HBCR (House-Banked Card Room, покер-рум) или сотрудником WSGC.

ДАННЫЕ СОТРУДНИКА HBCR	или	ДАННЫЕ СОТРУДНИКА WSGC
МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ (название HBCR)		МЕСТОПОЛОЖЕНИЕ (офис WSGC)
ПОДПИСЬ		ПОДПИСЬ
ПОЛНОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ		ПОЛНОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
№ ЛИЦЕНЗИИ WSGC		НАЗВАНИЕ ДОЛЖНОСТИ
ДАТА		ДАТА

Тип предъявленного удостоверения личности с фотографией:

- DOL — штат: _____ Паспорт — страна: _____
 Удостоверение личности государственного образца —
 Тип удостоверения личности: _____

С ПРОЦЕДУРА ПРИНЯТИЯ ЗАЯВКИ

ПО ПОЧТЕ: предъявите удостоверение личности и нотариально заверьте его или получите подпись сертифицированного консультанта по азартным играм.

Подписано и подтверждено в моем присутствии
_____ числа _____ 20 ____ г.,

(кем) _____

Знаком (-а) мне лично.

или

Предоставил (-а) мне достаточные доказательства, подтверждающие личность.

ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА ОБЩЕГО ПРАВА

Подпись
нотариуса общего права:

Срок выполнения моего поручения истекает:

ПОДПИСЬ сертифицированного
консультанта по азартным играм:

ПОЛНОЕ ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

№ лицензии DOH (Department of Health, Министерство
здравоохранения):

ДАТА: