



WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

الموقع: 7th Avenue SE, Lacey WA 98503 4565
العنوان البريدي: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400
الهاتف: 3630-486-360 / رقم الفاكس: 3440-486-360
الرقم المجاني: 2529-345-800-1 / الموقع الإلكتروني: www.wsgc.wa.gov

تعليمات

نموذج إزالة الاستبعاد الذاتي

- ❖ يجوز فقط للشخص المسجل التوقيع على هذا النموذج وتقديمه.
- ❖ سنتم معالجة نماذج الإزالة المكتملة حال استلامها. يمكن أن تستغرق الإزالة لغاية 7-10 أيام عمل.
- ❖ يجب تعبئة كافة الحقول. سيتم رفض النماذج غير المكتملة.
- ❖ اكتب كافة المعلومات بوضوح.
- ❖ يرجى قراءة النموذج بالكامل بعناية.
- ❖ قدم نموذج مكتمل وقدم إثبات الهوية:
 - شخصياً لدى WSGC (Washington State Gambling Commission, للجنة القمار في ولاية Washington)
 - (عنوان Lacey) بموجب موعد فقط.
 - أرسل النموذج بالبريد إلى WSGC (P.O. Box) ويجب أن يكون النموذج:
 - مختوماً من كاتب عدل، أو
 - موقعاً من قبل مستشار مشاكل القمار
 - ❖ تتضمن وثائق إثبات الهوية التي يمكن اصطحابها إلى مكتب WSGC ما يلي:
 - رخصة قيادة سارية المفعول،
 - وثيقة إثبات شخصية حكومية تتضمن اسم الشخص وصورته وتاريخ ميلاده
 - جواز سفر ساري المفعول

أ معلومات شخصية			
الاسم:	الأخير	الأول	الأوسط
اسم (أسماء) الشهرة			
العنوان:	الشارع أو المسار	المدينة	الولاية أو البلد الرمز البريدي
هاتف / المنزل/الخلوي	هاتف بديل 1	هاتف بديل 2	()
تاريخ الميلاد	Department of Labor) DOL (إدارة العمل) - الولاية والرقم	البريد الإلكتروني	()

ب إفصاح	
<p>أنا أفهم أنه من خلال إزالة نفسي من برنامج الاستثناء الذاتي، ليس لدي سبب لرفع دعوى ضد ولاية Washington أو اللجنة أو أي مؤسسة قمار أو موظفيها أو مسؤوليها بسبب أي أفعال أو إغفالات في معالجة المتطلبات أو إنفاذها لبرنامج الاستثناء الذاتي بما في ذلك الفشل في منع الفرد من المقامرة في مؤسسة قمار معتمدة. RCW 9.46.071(1)(e) Revised Code of Washington قانون واشنطن المعدل).</p> <p>إنني وبموجبه أعفي وأعرض وأبرأ الضرر وأعفي إلى الأبد ولاية Washington ولجنة المقامرة في ولاية Washington وموظفيها ووكلائها من أي مطالبات أو أضرار أو خسائر أو نفقات أو مسؤولية تجاهي وتجاه ورثتي والإداريين والمنفذين والمتنازل لهم عن أي ضرر نقدي أو غير ذلك قد ينشأ عن الاستبعاد الذاتي أو بسببه أو فيما يتعلق به وعن أي فعل أو إغفال يتعلق بطلب الاستبعاد الذاتي هذا. ويتضمن ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، المرخص له في لعبة البطاقات المصرفية المنزلية أو أي قبيلة أو أي أنشطة مقامرة أخرى في ولاية Washington (1) الفشل في حجب امتيازات المقامرة عني أو استعادة امتيازات المقامرة لي أو (2) السماح أو عدم السماح لي بممارسة نشاط المقامرة أثناء وجودي على قائمة الأشخاص المستبعدين ذاتياً.</p> <p>من خلال التوقيع أدناه، أقر بأنني أفهم الآثار المترتبة على قراري وأطلب إزالتها من قائمة الاستبعاد الذاتي.</p>	
التوقيع	الاسم كتابة
التاريخ	

شخصياً: أكمله أحد موظفي WSGC.

معلومات موظف WSGC

موقع (مكتب WSGC)

التوقيع

الاسم كتابةً

المسمى الوظيفي

التاريخ

نوع إثبات الشخصية الذي تمت مراجعته:

- DOL – ولاية: _____ ، رقم إثبات الشخصية: _____ ، تاريخ الانتهاء: _____
- إثبات هوية حكومي -
نوع إثبات الهوية: _____ ، رقم إثبات الهوية: _____ ، تاريخ الانتهاء (إذا كان ينطبق): _____
- جواز سفر – البلد: _____ ، رقم: _____ ، تاريخ الانتهاء: _____

أرسل بالبريد: نسخة موثقة من كاتب عدل أو توقيع مستشار مشاكل القمار

ختم الكاتب العدل

قدمت وأقسم عليها (أو أكدت) أمامي في هذا

_____ اليوم الموافق، _____ 20_____

من قبل _____

 المعروف لدي شخصياً.

أو

 ثبتت هويته لدي على أساس دليل مقنع بأنه هو الشخص الذي مثل أمامي.

توقيع الكاتب العدل:

تنتهي ولايتي بتاريخ:

توقيع مستشار مشاكل القمار

الاسم كتابةً:

التاريخ:

رقم شهادة (DOH, Department of Health, وزارة الصحة):