



WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

위치:4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503
우편주소:P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400
전화:360-486-3440 / 팩스번호:360-486-3630
무료:1-800-345-2529 / 웹사이트:www.wsgc.wa.gov

자진 퇴출 해제 양식

지침서

- ❖ 등록된 사람만이 이 양식에 서명하고 제출할 수 있습니다.
- ❖ 작성된 해제 양식은 접수되는 대로 처리됩니다. 해제에는 영업일 기준 7~10일이 소요될 수 있습니다.
- ❖ 모든 필드를 작성해야 합니다. 불완전한 양식은 반려됩니다.
- ❖ 모든 정보를 명확하게 인쇄하십시오.
- ❖ 전체 양식을 주의 깊게 읽어보시기 바랍니다.
- ❖ 작성된 양식을 제출하고 신분증을 제시하십시오.
 - 예약을 통해서만 WSGC(Washington State Gambling Commission, Washington 주 도박 위원회) (Lacey 지점 주소)를 직접 방문할 수 있습니다.
 - 해당 양식은 다음을 이행한 다음 WSGC(사서함)로 우편 발송해야 합니다.
 - 공증을 받거나
 - 문제성 도박 상담사(Problem Gambling Counselor)의 서명을 받거나
- ❖ WSGC 사무실에 지참할수 있는 신분증은 다음과 같습니다.
 - 유효한 운전면허증,
 - 이름, 사진, DOB(Date Of Birth, 생년월일)가 포함된 유효한 정부 발급 신분증
 - 유효한 여권

| A 개인 정보 | | | |
|-------------------------|--|---------------------------|---------------|
| 이름: 성 | 이름 | 중간이름 | |
| 별칭 | | | |
| 주소: | 도로명 또는 노선 | 도시 | 주 또는 국가 우편 번호 |
| 집/휴대폰 () | 대체 전화 1 () | 대체 전화 2 () | |
| 생년월일 | DOL(Department of Licensing, 라이선스 부서) - 주 및 번호 | 이메일 | |

| B 해제 | | |
|--|-------------|----|
| <p>본인은 본인을 자진 퇴출 프로그램에서 배제함으로써 Washington 주, 위원회 또는 모든 도박 시설, 그 직원 또는 임원에 대해, 승인된 도박 시설에서 개인의 도박을 방지하지 못한 것을 포함하여, 자진 퇴출 프로그램의 요건을 처리하거나 시행하는 데 있어 어떠한 행위 또는 부작위에 대해서도 소송을 제기할 수 없음을 이해합니다. RCW(Revised Code of Washington, Washington 주 개정법률) 9.46.071(1)(e).</p> <p>이에 따라 본인은 Washington 주와 Washington 주 도박 위원회(State Gambling Commission) 및 그 직원과 대리인에 대하여, 본인과 본인의 상속인, 관리자, 집행자 및 양수인에 대한 모든 청구, 손해, 손실, 비용 또는 책임으로부터 면제하고, 면책하고, 해를 입히지 않으며, 본인의 자가 퇴출요청과 관련된 모든 행위 또는 부작위로 인해 또는 이로 인해 발생할 수 있는 금전적 또는 기타 모든 피해에 대해 영구적으로 면책합니다. 여기에는 하우스 बैं킹 카드 게임 라이선스 소지자 또는 어느 부족 또는 어느 기타 워싱턴 주 도박 활동의 (1) 도박 특권을 보유하지 않거나 본인에게 도박 특권을 복구하지 않거나 (2) 자진 탈퇴자 목록에 있는 동안 도박 활동을 허용하거나 허용하지 않는 행위를 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.</p> | | |
| 아래에 서명함으로써 본인은 본인의 결정이 미치는 영향을 이해하고 있음을 인정하며, 자진 퇴출 목록에서 해제해 줄 것을 요청합니다. | | |
| 서명 | 성명(정자체로 기입) | 날짜 |

| | |
|--|---|
| C 신청서 접수 | |
| 직접: WSGC 직원이 작성함. | |
| WSGC 직원 정보 | |
| 위치 (WSGC 사무실) | |
| 서명 | |
| 성명(정자체로 기입) | |
| 직위 | |
| 날짜 | |
| 검토한 신분증 유형: <input type="checkbox"/> DOL – 주: _____, 아이디 #: _____, 만료일: _____ <input type="checkbox"/> 정부 아이디 – 신분증 종류: _____, 아이디 #: _____, 만료일 (해당되는 경우): _____ <input type="checkbox"/> 여권 – 국가: _____, #: _____, 만료일: _____ | |
| 우편 주소: 공증 또는 문제성 도박 상담사의 서명 | |
| 본인은 다음 사항에 동의하고 선서(또는 확인)합니다. _____ 20_____ 일 _____, 서명 _____ <input type="checkbox"/> 지인 또는 <input type="checkbox"/> 본인 앞에 출석한 사람의 신분을 만족할 만한 증거로 증명됨. | 공증인 인감 공증인 서명: 내 위원회 만료일: |
| 공인 도박 상담사 서명: | 정자체 이름 |
| DOH(Department of Health, 보건 부서) 자격 증명 번호: | 날짜: |