



WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

स्थान: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503

डाक पता: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400

टेलीफोन: 360-486-3440/ फैक्स नंबर: 360-486-3630

टोल-फ्री: 1-800-345-2529/ वेब साइट: www.wsgc.wa.gov

स्व-बहिष्करण निष्कासन फॉर्म के

लिए निर्देश

- ❖ केवल नामांकित व्यक्ति ही इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके जमा कर सकता है।
- ❖ पूर्ण निष्कासन फॉर्म प्राप्त होते ही उन पर कार्रवाई की जाएगी। निष्कासन में 7-10 कार्यदिवस लग सकते हैं।
- ❖ फॉर्म के सभी खाने भरे होने चाहिए। अधूरे फॉर्म नहीं लिए जायेंगे।
- ❖ सभी जानकारी साफ-साफ भरें।
- ❖ कृपया पूरे फॉर्म को ध्यानपूर्वक पढ़ें।
- ❖ फॉर्म पूरा भरके पहचान प्रमाण पत्र के साथ जमा करें:
 - WSGC (Washington State Gambling Commission, Washington राज्य जुआ आयोग)(Lacey के पते) पर केवल व्यक्तिगत रूप से नियुक्ति द्वारा।
 - WSGC (पी.ओ. को मेल फॉर्म बॉक्स) और फॉर्म होना चाहिए:
 - नोटरीकृत, या
 - जुआ विकार परामर्शदाता द्वारा हस्ताक्षरित
- ❖ WSGC कार्यालय में लाने के लिए पहचान प्रमाण के आधार पर स्वीकार्य फॉर्म:
 - ड्राइवर का वैध लाइसेंस,
 - वैध सरकारी आईडी जिसमें व्यक्ति का नाम, फोटो और जन्मतिथि शामिल हो
 - वैध पासपोर्ट

A व्यक्तिगत जानकारी			
नाम: अन्तिम	प्रथम	मध्य	
उपनाम			
पता:	सड़क या मार्ग	शहर	राज्य या देश
			ज़िप कोड
घर / फ़ोन नंबर ()	वैकल्पिक फ़ोन नंबर 1 ()	वैकल्पिक फ़ोन नंबर 2 ()	
जन्मतिथि	DOL (Division of Licensing, लाइसेंसिंग प्रभाग) - राज्य और संख्या	ईमेल	

B जारी करना

मुझे लगता है कि स्व-बहिष्करण कार्यक्रम से खुद को हटाने के बाद स्व-बहिष्करण कार्यक्रम की जरूरतों को कार्यान्वित करने या लागू करने, जिसमें किसी व्यक्ति को अधिकृत जुआ प्रतिष्ठान में जुआ खेलने से रोकने में विफलता भी शामिल है, में किसी भी तरह के कार्य या चूक के लिए Washington राज्य, आयोग, या किसी जुआ प्रतिष्ठान, उसके कर्मचारियों या अधिकारियों के खिलाफ कार्रवाई करने का मेरे पास कोई कारण नहीं है। RCW (Revised Code of Washington, Washington के संशोधित नियम) 9.46.071(1)(e)।

मैं इसके द्वारा Washington राज्य और Washington राज्य जुआ आयोग और उसके कर्मचारियों और एजेंटों को किसी भी दावे, क्षति, हानि, व्यय या मेरे और मेरे उत्तराधिकारियों, प्रशासकों, निष्पादकों और नियुक्तियों के प्रति दायित्व किसी भी तरह के नुकसान मौद्रिक हो या कोई और के लिए जो मेरे आत्म-बहिष्करण और आत्म-बहिष्करण के इस अनुरोध के कारण या उससे संबंधित किसी भी कार्य या चूक के लिए मुक्त करता हूँ, क्षतिपूर्ति करता हूँ, हानिरहित रखता हूँ और हमेशा के लिए मुक्त करता हूँ। इसमें हाउस-बैंकड कार्ड गेम लाइसेंसधारी या किसी जनजाति या Washington राज्य की किसी अन्य जुआ गतिविधियों (1) जुए के विशेषाधिकारों को रोकने या मेरे लिए जुए के विशेषाधिकारों को बहाल करने में विफलता, या (2) मुझे जुआ गतिविधि में शामिल होने की अनुमति देने या नहीं देने को जबकि मैं स्व-बहिष्कृत व्यक्तियों की सूची में हूँ, को शामिल किया गया है, जो कि यही तक सीमित नहीं है।

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं स्वीकार करता हूँ कि मैं अपने निर्णय के आशय को समझता हूँ और अनुरोध करता हूँ कि मुझे स्व-बहिष्करण सूची से हटा दिया जाए।

हस्ताक्षर	कैपिटल लेटर में नाम	तिथि
-----------	---------------------	------

C आवेदन स्वीकृति

व्यक्तिगत रूप से: WSGC के स्टाफ के व्यक्ति द्वारा पूरा किया गया।

WSGC कर्मचारी सूचना

स्थान (WSGC कार्यालय)

हस्ताक्षर

कैपिटल लेटर में नाम

नौकरी का नाम

तिथि

समीक्षा की गई आईडी का प्रकार:

DOL - राज्य: _____, आईडी #: _____, समाप्ति तिथि: _____

सरकारी आईडी -

आईडी का प्रकार: _____, आईडी #: _____, समाप्ति तिथि (यदि लागू हो): _____

पासपोर्ट - देश: _____, #: _____, समाप्ति तिथि: _____

मेल इन: जुआ विकार परामर्शदाता का नोटरीकरण या हस्ताक्षर	
<p>मेरे समक्ष इसकी सदस्यता ली और शपथ ली (या इसकी पुष्टि की)।</p> <p>_____ का दिन, _____ 20 _____,</p> <p>के द्वारा _____</p> <p><input type="checkbox"/> मुझे खुद इसकी जानकारी है।</p> <p>या</p> <p><input type="checkbox"/> संतोषजनक सबूतों के आधार पर मुझे वही व्यक्ति लगा जो मुझे मिला था।</p>	<p>नोटरी पब्लिक के मुहर</p> <p>नोटरी पब्लिक के हस्ताक्षर:</p> <p>मेरा काम इस दिन समाप्त हो रहा है:</p>
<p>प्रमाणित जुआ परामर्शदाता के हस्ताक्षर:</p>	<p>कैपिटल लेटर में नाम:</p>
<p>DOH (Department of health, स्वास्थ्य विभाग) क्रेडेंशियल #:</p>	<p>तिथि:</p>