



WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

UBICACIÓN: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503
DOMICILIO POSTAL: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400
TELÉFONO: 360-486-3440/FAX: 360-486-3630 LÍNEA
GRATUITA: 1-800-345-2529/SITIO WEB: www.wsgc.wa.gov

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE ELIMINACIÓN DE

AUTOEXCLUSIÓN

- ❖ Solo la persona inscrita puede firmar y enviar este formulario.
- ❖ Los formularios de eliminación completados se procesarán a medida que se reciban. La eliminación puede tardar de 7 a 10 días hábiles.
- ❖ Todos los campos deben completarse. Los formularios incompletos serán rechazados.
- ❖ Imprima toda la información de manera clara.
- ❖ Lea todo el formulario con atención.
- ❖ Presente un formulario completo y una constancia de identidad:
 - en persona en la WSGC (Washington State Gambling Commission, Comisión del Juego del Estado de Washington) (domicilio de Lacey) solo con cita previa
 - por correo postal a la WSGC (casilla postal) y el formulario debe estar:
 - notariado
 - firmado por el asesor de problemas de juego
- ❖ Formas aceptables de constancia de identidad para llevar a la oficina de la WSGC:
 - licencia de conducir válida
 - id. gubernamental válida que contiene el nombre, la fotografía y la fecha de nacimiento de la persona
 - pasaporte válido

U INFORMACIÓN PERSONAL			
NOMBRE:	Apellido	Nombre	Segundo nombre
ALIAS			
DOMICILIO:	Calle o ruta	Ciudad	Estado o país Código postal
TELÉFONO PARTICULAR/CELULAR ()	TELÉFONO ALTERNATIVO 1 ()	TELÉFONO ALTERNATIVO 2 ()	
FECHA DE NACIMIENTO	DOL (Department of Licensing, Departamento de Licencias): ESTADO Y NÚMERO	CORREO ELECTRÓNICO	

A EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Comprendo que, al retirarme del programa de autoexclusión, no tengo ninguna 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 el cumplimiento de los requisitos del programa de autoexclusión, incluido el hecho de impedir que una persona juegue en un establecimiento de juego autorizado. RCW (Revised Code of Washington, Código Revisado de Washington) 9.46.071 (1) (e).

Por el presente libero, indemnizo, eximo de responsabilidad y descargo para siempre al estado de Washington y a la Comisión del Juego del Estado de Washington, y a sus empleados y representantes de todo reclamo, daño, pérdida, gasto o responsabilidad mía y de mis herederos, administradores, albaceas y cesionarios por cualquier daño, monetario o de otro tipo que pueda surgir, por motivo de mi autoexclusión, y en relación a ella, y por todo acto u omisión relacionado con esta solicitud de autoexclusión. Esto incluye, entre otros, el hecho de que un licenciario de juegos de cartas con banco propio o cualquier Tribu, o cualquier otra actividad de juego del estado de Washington (1) no me deniegue o devuelva los privilegios de juego, o (2) me permita o no participar en actividades de juego mientras esté en la lista de personas autoexcluidas.

Al firmar a continuación, acepto que comprendo las implicaciones de mi decisión y solicito que se me elimine de la lista de autoexclusión.

FIRMA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	FECHA
-------	-----------------------------	-------

C ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

EN PERSONA: Completada por el personal de la WSGC.

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO
DE LA WSGC**

UBICACIÓN (oficina de la WSGC)

FIRMA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

PUESTO DE TRABAJO

FECHA

Tipo de id. revisada:

- Fecha de nacimiento: Estado: _____, Id. nro.: _____,
Fecha de vencimiento: _____
- Id. gubernamental:
Tipo de id: _____, Id. nro.: _____, Fecha de vencimiento (si corresponde): _____
- Pasaporte: País: _____, nro.: _____, Fecha de vencimiento: _____

POR CORREO POSTAL: Notarización o Firma del asesor de problemas de juego

Suscrito y jurado (o afirmado) ante mí el _____ día de, _____ 20_____, por _____ <input type="checkbox"/> Personalmente conocido por mí <input type="checkbox"/> Me ha demostrado con pruebas satisfactorias que es la persona que compareció ante mí.	SELLO DE NOTARIO PÚBLICO Firma del Notario Público: Mi comisión vence el:
FIRMA del asesor de juego certificado:	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA:
Credencial del DOH (Department of Health, Departamento de Salud):	FECHA: