



WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400
ТЕЛЕФОН: 360-486-3440 / ФАКС: 360-486-3630
БЕСПЛАТНЫЙ НОМЕР: 1-800-345-2529 / САЙТ: www.wsgc.wa.gov

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ОБ ОТМЕНЕ

САМОСТОЯТЕЛЬНОГО РЕШЕНИЯ О ПРЕКРАЩЕНИИ

УЧАСТИЯ В АЗАРТНЫХ ИГРАХ

- ❖ Только зарегистрированное лицо может подписать и отправить эту форму.
- ❖ Обработка заполненных форм об отмене решения выполняется по мере поступления и занимает 7-10 рабочих дней.
- ❖ Необходимо заполнить все поля. Неполностью заполненные формы будут отклонены.
- ❖ Вносите все данные разборчиво.
- ❖ Внимательно прочитайте всю форму.
- ❖ Отослите заполненную форму и предоставьте удостоверение личности:
 - лично в WSGC (Washington State Gambling Commission, Комиссия по азартным играм штата Washington) (адрес в городе Lacey), только по записи
 - отправьте форму по почте в WSGC (абонентский ящик). Форму следует
 - заверить нотариально или
 - подписать у консультанта по игровой зависимости (Problem Gambling Counselor)
- ❖ Приемлемые варианты удостоверения личности для предъявления в офисе WSGC:
 - действительные водительские права,
 - действительное удостоверение личности с именем, фото и датой рождения
 - действительный паспорт

А ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ			
ФИО: Фамилия	Имя	Среднее имя	
ВЫМЫШЛЕННОЕ ИМЯ			
АДРЕС: Улица или шоссе	Город	Штат или провинция	Индекс
ДОМАШНИЙ / МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН ()	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН 1 ()	АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ТЕЛЕФОН 2 ()	
ДАТА РОЖДЕНИЯ	DOL (Department of Licensing, отдел лицензирования) – ШТАТ И НОМЕР	ЭЛЕКТРОННАЯ ПОЧТА	

В ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ		
<p>Я понимаю, что, отменив свое решение о прекращении участия в азартных играх, я не имею права подать иск против штата Washington, комиссии или любого игорного заведения, его сотрудников или должностных лиц за любые действия или бездействие при обработке или обеспечении соблюдения требований программы самоисключения, включая неспособность помешать лицу играть в азартные игры в разрешенном игорном заведении. RCW (Revised Code of Washington, Свод законов штата Washington с поправками) 9.46.071(1)(e). Настоящим я снимаю ответственность, ограждаю, защищаю от ответственности и навсегда освобождаю штат Washington и Комиссию по азартным играм штата Washington, а также ее сотрудников и агентов от всех претензий, убытков, потерь, расходов или ответственности передо мной и моими наследниками, администраторами, исполнителями завещания и правопреемниками за любой ущерб, денежного или иного рода, который может возникнуть в результате, по причине или в связи с моим самоисключением и за любое действие или бездействие, связанное с этим запросом об отмене самостоятельного решения о прекращении участия в азартных играх. Это включает, помимо прочего, (1) несостоятельность лицензиата по проведению карточных игр или любого игорного заведения на территории племен или штата Washington отказать мне в возможности участвовать в азартных играх или восстановить в праве участвовать в азартных играх, или (2) разрешить или не разрешить мне участвовать в азартных играх, пока я нахожусь в списке лиц, которые приняли самостоятельное решение об отказе играть в азартные игры.</p> <p>Ставя подпись ниже, я подтверждаю, что понимаю последствия своего решения и прошу исключить меня из списка лиц, которые приняли самостоятельное решение об отказе играть в азартные игры (самоисключение).</p>		
ПОДПИСЬ	ФИО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДАТА

С ПРИЕМ ЗАЯВКИ	
ЛИЧНО: заполняется сотрудником WSGC.	
СВЕДЕНИЯ О СОТРУДНИКЕ WSGC	
ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ (офис WSGC)	
ПОДПИСЬ	
ФИО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	
ДОЛЖНОСТЬ	
ДАТА	
Тип проверенного документа: <input type="checkbox"/> DOL – штат: _____, ID №: _____, дата истечения: _____ <input type="checkbox"/> удостоверение личности – Тип документа: _____, ID №: _____, дата истечения (если применимо): _____ <input type="checkbox"/> паспорт – страна: _____, №: _____, дата истечения: _____	
ПОЧТОВАЯ ДОСТАВКА: Нотариальное заверение <u>или</u> подпись консультанта по игровой зависимости	
Подписано в моем присутствии в форме нотариально удостоверенного заявления (или подтверждено) _____ в этот день, _____ 20_____, (кем) _____ <input type="checkbox"/> который лично известен мне, или <input type="checkbox"/> с учетом удовлетворительных доказательств, что именно это лицо предстало передо мной	ПЕЧАТЬ НОТАРИУСА Подпись нотариуса: Срок моих полномочий истекает:
Сертифицированный консультант по игровой зависимости ПОДПИСЬ:	ФИО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:
Удостоверение DOH (Department Of Health, Министерство здравоохранения) №:	ДАТА: