



# WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

地点: 4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503

邮寄地址: P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400

电话: 360-486-3440 / 传真号码: 360-486-3630

免费电话: 1-800-345-2529 / 网站: www.wsgc.wa.gov

## 自愿戒赌计划退出申请表说明

- ❖ 只有参与自愿戒赌计划的人员方可签署和提交此表。
- ❖ 填妥的退出申请表将按照收到的时间顺序予以处理。退出申请可能需要等待7-10个工作日。
- ❖ 必须完整填写所有字段。未填妥的表格将被驳回。
- ❖ 用正楷清晰填写所有信息。
- ❖ 请仔细阅读整个表格。
- ❖ 可通过以下方式提交填妥的表格和身份证件：
  - 进行预约后，本人亲自前往WSGC（Washington State Gambling Commission，Washington州赌博委员会）（位于Lacey的地址）。
  - 将表格邮寄至WSGC（邮政信箱），并且表格必须满足以下要求：
    - 经公证人公证，或者
    - 经戒赌咨询师签署
- ❖ WSGC办公室可接受以下身份证件：
  - 有效的驾驶执照
  - 包含个人姓名、照片和出生日期的有效政府身份证件
  - 有效的护照

A 个人信息			
姓名: 姓	名	中间名	
别名			
地址: 街道或道路	市	州或地区	邮政编码
家庭电话/手机号码 ( )	备用电话1 ( )	备用电话2 ( )	
出生日期	DOL (Department of Licensing, 执照部) - 发证州和编号	电子邮件	

B 免责声明			
<p>本人了解，退出自愿戒赌计划后，本人没有就处理或执行自愿戒赌计划要求过程中的任何作为或不作为（包括未能阻止个人在经授权的赌博场所内赌博）而对Washington州、委员会或任何赌博场所或其员工或高级职员提起诉讼的诉因。RCW（Revised Code of Washington，《Washington州修订法典》）第9.46.071(1)(e)条。</p> <p>对于可能由本人的自愿戒赌行为产生的、由此引起的或与之相关的任何损害、金钱损失或其他损失，以及与该自愿戒赌申请相关的任何作为或不作为，而对本人以及本人的继承人、资产管理人、遗嘱执行人和受让人产生的任何索赔、损害、损失、费用或责任，本人特此对Washington州和Washington州赌博委员会及其员工和代理人予以豁免和永久免责，并确保其免受损害。这包括但不限于有庄家的持证棋牌室、任何部落赌场或任何其他Washington州赌博活动场所的以下行为：(1) 未能撤销或恢复本人的赌博特权，或(2) 在本人列于自愿戒赌人员名单之中时，允许或不允许本人参与赌博。</p>			
<p>在下方签名即表示本人承认，本人了解本人所做决定的含义，并申请将本人移出自愿戒赌人员名单。</p>			
<table border="1"> <tr> <td>签名</td> <td>正楷姓名</td> <td>日期</td> </tr> </table>	签名	正楷姓名	日期
签名	正楷姓名	日期	

**C 申请受理**

**现场受理：**由WSGC工作人员填写。

**WSGC员工信息**

地址（WSGC办公室）

签名

正楷姓名

职位名称

日期

经审核的身份证件类型：  
 DOL – 发证州： \_\_\_\_\_， 身份证件编号： \_\_\_\_\_， 失效日期： \_\_\_\_\_  
 政府身份证件 –  
身份证件类型： \_\_\_\_\_， 身份证件编号： \_\_\_\_\_， 失效日期（如适用）： \_\_\_\_\_  
 护照 – 国家： \_\_\_\_\_， 编号： \_\_\_\_\_， 失效日期： \_\_\_\_\_

**邮寄受理： 公证书或戒赌咨询师签名**

<p>已在本人面前签署并宣誓（或确认），日期： _____ 20__ _____，</p> <p>签署及宣誓（或确认）人： _____</p> <p><input type="checkbox"/> 该人员与本人相识，或 <input type="checkbox"/> 该人员已向本人出示充足的证据，证明其为在本人面前进行签署及宣誓（或确认）的人员。</p>	<p>公证人公章</p> <p>公证人签名：</p> <p>本人委任期至：</p>
<p>经认证戒赌咨询师签名：</p>	<p>正楷姓名：</p>
<p>DOH（Department of Health， 卫生部）证书编号：</p>	<p>日期：</p>