



# WASHINGTON STATE GAMBLING COMMISSION

地點：4565 7th Avenue SE, Lacey WA 98503  
 郵寄地址：P.O. Box 42400, Olympia WA 98504-2400  
 電話：360-486-3440/傳真號碼：360-486-3630  
 免費電話：1-800-345-2529/網站：www.wsgc.wa.gov

## 自我戒賭移除表格

### 說明

- ❖ 僅限已登記的人士得簽署並提交此表格。
- ❖ 填妥的移除表格將依照收到的順序處理。移除作業可能需時7至10個工作日。
- ❖ 所有欄位必須填寫完整。不完整的表格將被退回。
- ❖ 以正楷清楚填寫所有資訊。
- ❖ 請仔細閱讀整份表格。
- ❖ 提交已填妥的表格並出示身分證明：
  - 僅限預約，親自前往WSGC (Washington State Gambling Commission, 華盛頓州博弈委員會) (Lacey地址)。
  - 郵寄表格至WSGC (郵政信箱) 和表格必須：
    - 經過公證，或者
    - 由博弈問題諮詢師簽署
- ❖ 可攜帶至WSGC辦公室的接受身分證件：
  - 有效駕照，
  - 有效政府身分證明，包含個人姓名、照片及出生日期
  - 有效護照

A 個人資訊			
姓名： 姓氏	名字	中間名	
別名			
地址：	街道或路線	城市	州或國家 郵遞區號
市話/手機 ( )	備用電話1 ( )	備用電話2 ( )	
出生日期	DOL (Department of Licensing, 監理所) – 州與編號	電子郵件	

B 發布		
<p>本人了解，本人為自己選擇退出「自我戒賭計畫」，且無權就華盛頓州政府、委員會、或任何博弈機構及其員工或管理人員，因處理或執行自我排除計畫規定所產生之任何作為或不作為提出訴訟。其中包括機構未能阻止個人在獲授權的博弈場所博弈之情況。RCW (Revised Code of Washington, 《Washington州修訂法案》) 第9.46.071(1)(e)條。</p> <p>本人在此免除、補償、並永久解除華盛頓州政府、華盛頓州博弈委員會及其員工和代理人之以下責任：任何因本人之自我排除而導致的損害、損失、費用或責任，以及與此自我排除申請相關的任何作為或疏忽，此責任對本人及繼承人、遺囑執行人受讓人均有效。上述責任包括但不限於：莊家開牌式紙牌遊戲經營者、任何部落的博弈機構、或其他華盛頓州博弈活動 (1) 未能取消或恢復本人的博弈權利，或 (2) 在本人被列入自我排除者名單期間允許或禁止本人參與博弈活動所致的經濟或其他傷害。</p>		
本人藉由在下方簽名，確認理解本人之決定所產生的影響，並要求從自我戒賭名單中除名。		
簽名	正楷姓名	日期

**C 申請受理**

當面：由WSGC工作人員完成。

**WSGC員工資訊**

地點 (WSGC辦公室)

簽名

正楷姓名

職稱

日期

審查的身分證件類型：  
 DOL –州別：： \_\_\_\_\_，證件號碼： \_\_\_\_\_，到期日期： \_\_\_\_\_  
 政府身分證件–  
證件類型： \_\_\_\_\_，證件號碼： \_\_\_\_\_，到期日期(如適用)： \_\_\_\_\_  
 護照 – 國家： \_\_\_\_\_，編號： \_\_\_\_\_，到期日期： \_\_\_\_\_

**郵寄：博奕問題諮詢師的公證或簽名**

<p>在本人面前簽名並宣誓 (或確認)</p> <p>日期： _____， _____ 20 _____，</p> <p>簽署人 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 本人認識。</p> <p>或</p> <p><input type="checkbox"/> 經本人憑滿意證據證明，此人為其本人。</p>	<p>公證人印章</p> <p>公證人簽名：</p> <p>本人委任期至：</p>
<p>認證博奕諮詢師簽名：</p>	<p>正楷姓名：</p>
<p>DOH (Department of Health, 衛生部) 認證編號：</p>	<p>日期：</p>