



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar de Massachusetts

Favor digitar ou imprimir claramente em tinta, todas as informações solicitadas neste formulário.
(* indica campos obrigatórios. Para mais informações ou para versões traduzidas deste formulário, visite massgaming.com/vse)

SEÇÃO 1: TERMO DE EXCLUSÃO

1 ano

3 anos

5 anos

Vitalício

Vitalício elegível apenas após completar um termo mais curto

*Data de Hoje (Início do termo):

*Reintegração elegível:

Já participou do MA VSE?

(Selecione um)

Sim

Não

Favor Observar: Os inscritos devem participar de uma sessão de reintegração assim que concluírem a duração do seu termo para serem removidos da lista Jogos de Azar da VSE.

SEÇÃO 2: INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome*

Sobrenome*

Endereço*

Apt.

Cidade*

Estado*

CEP*

País

*Telefone

ou Email

SEÇÃO 3: INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO

Gênero*

Masc.

Feminino

Outro _____

Altura

Data de

Nascimento*

*4 últimos dígitos do Número de Segurança Social

XXX-XX-

*Raça

Branco

Asiático (indiano, chinês, vietnamita)

Preto/afro-americano

Havaiano/Nativo da Ilha do Pacífico

Nativo americano/Nativo alascaiano

Outro _____

Você tem origem hispânica?(selecione um) Sim Não

Foto de identificação:

Emitido por:

Número:

**Favor, afixar ou enviar foto 2x2 "recente, estilo passaporte colorida juntamente com o formulário.*

** Favor, afixar ou enviar foto de identificação (licença, passaporte etc.) Isto não substitui o requisito de foto.*



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar de Massachusetts

SEÇÃO 4: Termos e condições

Entendo que, colocando meu nome na lista de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar, estarei proibido (a) de entrar na área de jogos de um estabelecimento de jogos de azar ("Casino") ou em qualquer área em que apostas em grupo ou simultâneas são feitas até que eu tenha concluído uma sessão de reintegração no final do meu período de exclusão selecionado.

(inicial)

Entendo que este Acordo de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar se aplica a todos os estabelecimentos de jogos licenciados pela Comissão em Massachusetts e também pode se aplicar a quaisquer afiliados licenciados de jogos de azar, seja dentro de Massachusetts ou outra jurisdição, e que a Comissão pode compartilhar a lista com outra jurisdição de jogos de azar nacional ou internacional, resultando em colocação nessas listas.

(inicial)

Entendo que as minhas informações serão incluídas numa lista de exclusão de recebimento de propaganda mantida pelos estabelecimentos de jogos de azar licenciados pela Comissão em Massachusetts, que será partilhada com operadores de *junket*, mas que a minha inclusão nessa lista não me identificará como estando na lista de Auto Exclusão Voluntária de Jogos de Azar.

(inicial)

Estou enviando esta aplicação voluntariamente por vontade própria, livre de influências externas, e estou fazendo isso entendendo os efeitos da minha decisão.

(inicial)

Não estou atualmente sob a influência de drogas ou álcool ou sofrendo de uma condição de saúde ou saúde mental que prejudica minha capacidade de tomar uma decisão informada.

(inicial)

Reconheço uma ou mais das seguintes situações: (A) Eu me identifico como um apostador problemático como um indivíduo que acredita que seu comportamento com relação à jogos de azar é atualmente, ou pode no futuro, sem intervenção, causar problemas em sua vida ou na vida de seus familiares, amigos e/ou colegas de trabalho; (b) Acho que o meu comportamento com relação à jogos de azar está atualmente causando problemas na minha vida ou pode, sem intervenção, causar problemas na minha vida; ou (c) há outra razão pela qual desejo adicionar o meu nome à lista.

(inicial)

Entendo que posso ser recusada entrada e/ou ser retirado (a) da área de jogos de azar de um estabelecimento de jogos de azar ("Casino") pela licença do jogo de azar, um agente da Comissão, ou autoridade de aplicação da lei.

(inicial)

Entendo que não posso coletar quaisquer ganhos ou recuperar quaisquer perdas resultantes de qualquer atividade de jogos de azar em um estabelecimento de jogos durante o período de exclusão e até que eu tenha completado uma sessão de reintegração.

(inicial)

Entendo que todas e quaisquer recompensas e pontos ganhos através do meu programa de recompensas de jogador até o momento serão perdidos.

(inicial)

Concordo que, caso eu viole o acordo de abster-se de entrar em uma área de jogos de azar de um estabelecimento de jogos ou qualquer área em que as apostas mútuas ou simultâneas são feitas durante o período de exclusão ("A Área Excluída"), notificarei a Comissão de tal violação dentro de 24 horas da minha presença dentro da Área Excluída em 617-533-9737; e concordo em liberar e isentar a *Commonwealth* de Massachusetts, o MGC, o Licenciado e todos os funcionários afiliados de quaisquer reclamações associadas à minha violação deste contrato.

(inicial)

Concordo em liberar e isentar a *Commonwealth* de Massachusetts, o MGC, e todos os funcionários afiliados de quaisquer reclamações associadas à administração da lista de Auto Exclusão Voluntária de Jogos de Azar.

(inicial)

Entendo que só estarei elegível para reintegração após a conclusão da duração da exclusão escolhida. Posso solicitar a remoção da lista participando de uma sessão de reintegração com um agente designado.

O meu nome permanecerá na lista após a conclusão da duração selecionada da exclusão até eu apresentar uma petição para remoção e for aprovada pela Comissão ou por seu representante.

(inicial)



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar de Massachusetts

_____ (inicial) Concordo em agendar e participar de uma sessão de reintegração com um agente designado para que me removam da lista. A sessão de reintegração incluirá uma revisão dos riscos e responsabilidades dos jogos de azar, a definição do orçamento e uma revisão dos recursos de jogos de azar problemáticos, caso eu deseje procurá-los. Uma sessão de reintegração pode ser agendada entrando em contato com o Massachusetts Council on Gaming and Health (Conselho de Jogos de Azar e Saúde de Massachusetts) através do número 800-GAM-1234, a Massachusetts Gaming Commission (Comissão de Jogos de Azar de Massachusetts) em vse@massgaming.gov ou com o agente com quem você se inscreveu originalmente.

_____ (inicial) Estou ciente de que minha assinatura abaixo autoriza a Massachusetts Gaming Commission a direcionar todos os Licenciados de jogos de azar de Massachusetts ("Casinos") a suspender meus privilégios de crédito durante minha exclusão.

_____ (inicial) Entendo que, colocando meu nome na lista de Jogos de Azar VSE, serei negado o acesso a serviços ou itens gratuitos, verificar privilégios de cobrança, programas de recompensa de jogadores e outros benefícios semelhantes para as pessoas na lista. Entendo que meus créditos não serão estendidos e, na medida em que tiver crédito existente num estabelecimento de jogos de azar, os meus privilégios de crédito serão suspensos.

_____ (inicial) Reconheço que este pedido de Auto-Exclusão Voluntária de Jogos de Azar é irrevogável durante o período de tempo abaixo, conforme selecionado na Seção 1. *Um indivíduo só pode selecionar a opção de duração vitalícia se o seu nome aparecer anteriormente na lista de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar por pelo menos um ano.

Email

Correios

Sem lembrete

_____ (inicial) Reconheço que este pedido de Auto-Exclusão Voluntária de Jogos de Azar é irrevogável durante o período de tempo abaixo, conforme selecionado na Seção 1. *Um indivíduo só pode selecionar a opção de duração vitalícia se o seu nome aparecer anteriormente na lista de Autoexclusão Voluntária durante pelo menos um ano.

1 ano

3 anos

5 anos

Vitalício

SEÇÃO 5: Divulgação de Informações

_____ (inicial) Entendo que a Massachusetts Gaming Commission e seus agentes liberarão minhas informações contidas neste formulário para licenciados de jogos de azar ("cassinos") para manutenção da lista de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar e/ou banco de dados de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar. Entendo que a lista de Auto-Exclusão Voluntária de Jogos de Azar está isenta de divulgação sob M.G.L. c. 66, e não deve ser divulgada publicamente por um licenciado de jogos de azar.

_____ (inicial) Entendo que um licenciado de jogos de azar ("casino") pode compartilhar a lista de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar com seus afiliadas em outras jurisdições com o objetivo de auxiliar na administração adequada ou programas de jogo de azar responsáveis operados por estabelecimentos de jogos de azar afiliados.

_____ (inicial) Entendo que a Massachusetts Gaming Commission pode desidentificar ou tornar anônimas as informações contidas na lista de Autoexclusão de Jogos de Azar e pode também divulgar essas informações a uma ou mais entidades de pesquisa nomeadas pela Comissão com o objetivo de avaliar a eficácia e garantir a administração adequada do processo de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar.



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de Massachusetts

O Massachusetts Council on Gaming and Health (MACGH) gostaria de acompanhar você dentro de uma semana para ver como você está indo e garantir que você foi capaz de se conectar com recursos adicionais. Você concorda em permitir que suas informações de contato sejam compartilhadas com o MACGH?

SIM

NÃO, NÃO QUERO UM ACOMPANHAMENTO

E-MAIL (Favor incluir o e-mail)

TELEFONE (Favor incluir o número)



Aceito receber correio de voz? (Selecione um)

Sim

Não



Melhor horário para ligarem? (Selecione um)

De manhã

De tarde

De noite

(inicial)

Certifico que me foi oferecida uma cópia assinada do "Formulário de Autoexclusão Voluntária de Jogos de Azar de Massachusetts" pelo agente de processamento.

(inicial)

Recebi informações sobre recursos de jogo de azar problemáticos e fornecedores de tratamento. Para mais informações, visite helplinema.org/problemgambling/ ou ligue para a linha de ajuda gratuita e confidencial 24 horas no número 1-800-327-5050.

SEÇÃO 6: Reconhecimento

Ao clicar nesta caixa, certifico que assinei cada uma das seções acima.

Certifico que as informações que forneci neste formulário são verdadeiras e precisas.

NOME DA PESSOA INSCRITA

ASSINATURA DA PESSOA INSCRITA

DATA

NOME/TÍTULO DO AGENTE DESIGNADO

ASSINATURA DO AGENTE DESIGNADO

DATA



SEÇÃO 7: Informações do intérprete (se aplicável)

Apenas para pessoas que necessitam de um intérprete:

A pessoa que apresentou esta inscrição exigiu a assistência de um intérprete ou tutor legal para completar a sua inscrição. O nome, endereço e número de telefone do intérprete estão listados abaixo, bem como uma afirmação de que o intérprete comunicou completamente e com precisão todas as instruções dadas pelo funcionário do MGC ou seu representante e que a pessoa que solicita a participação no programa de Jogos de Azar VSE indicou que compreende os documentos incluídos no formulário de solicitação. Gaming

Nome completo do intérprete

Línguas faladas

Endereço

Email _____ Telefone _____

Eu, _____, através da minha assinatura abaixo afirmo, atesto e reconheço que tenho servido como intérprete

para _____ para ajudá-lo (a) a completar este pedido. Afirmo e atesto que comuniquei de forma completa e precisa todas as instruções do funcionário da MGC ou agente designado para verificar esta solicitação. A pessoa que solicitou a remoção da lista de Jogos de Azar VSE informou-me que compreende os documentos que ajudei a explicar e assinou-os numa condição informada e conhece e compreende todas as responsabilidades associadas a ser removido (a) da lista de Jogos de Azar VSE.

Assinatura do intérprete/tutor legal

____/____/_____
Data

Os formulários só podem ser aceitos e processados pela Comissão de Jogos de Azar de Massachusetts se preenchidos em inglês.