



Escriba o imprima claramente en tinta, toda la información solicitada en este formulario. (\*) denota campo requerido. Para obtener más información o para obtener versiones traducidas de este formulario, visite [massgaming.com/vse](http://massgaming.com/vse)

SECCIÓN 1: PLAZO DE EXCLUSIÓN	
<input type="radio"/> 1 año	<input type="radio"/> 3 años
<input type="radio"/> 5 años	<input type="radio"/> De por vida <small>Elegible de por vida solo después de la finalización de la duración a corto plazo</small>
*Fecha de hoy (Inicio de plazo):	*Rehabilitación elegible:
¿Inscrito previamente en MA VSE? (Círculo uno) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

*Tenga en cuenta: Los inscritos deben participar en una sesión de reincorporación una vez que completen su período de duración para ser eliminados de la lista de VSE.*

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombre*			Apellido*		
Dirección*	Apt.	Ciudad*	Estado*	Zip*	País
*Teléfono			o Ccorreo electrónico		

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN		
Género*	Altura:	Fecha de Nacimiento*
Hombre Mujer Otro_____		
*Últimos 4 dígitos Número de Seguro Social	XXX-XX-	
*Carrera	Blanco	Asiático (indio, chino, vietnamita)
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano
Otro_____		
¿Eres de origen hispano? (Círculo ene) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Foto de identificación: Licencia de Conducir Estatal Emitida por:

Número:

*\* Por favor, coloque o envíe 2x2" foto reciente, estilo pasaporte en color junto con la aplicación.*

*\* Por favor, coloque o envíe una foto de identificación (licencia, pasaporte, etc.) Esto no reemplaza el requisito de fotografía.*



**SECCIÓN 4: Términos y condiciones**

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que al colocar mi nombre en la lista de autoexclusión voluntaria, tengo prohibido ingresar al área de apuestas deportivas y al centro de apuestas deportivas, realizar una apuesta en una plataforma de apuestas deportivas, ingresar al área de juego de un establecimiento de juego ("Casino"), y/o de ingresar a cualquier área en la que se realicen apuestas mutuas o de transmisión simultánea hasta que haya completado una sesión de reincorporación al finalizar mi período de exclusión seleccionado.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que este Acuerdo de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas se aplica a todos los Operadores de Apuestas Deportivas con licencia de la Comisión en Massachusetts y también se aplica a cualquier afiliado del licenciatario de Apuestas Deportivas, ya sea dentro de Massachusetts u otra jurisdicción, y que la Comisión puede compartir la lista con otras jurisdicciones de juego nacionales o internacionales, lo que resultará en la ubicación en esas listas.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que mi información se incluirá en una lista de no comercialización mantenida por los operadores de apuestas deportivas y establecimientos de juego autorizados por la Comisión en Massachusetts, que se compartirá con los operadores de cuajada, Pero que mi inclusión en dicha lista no me identificará como parte de la lista de autoexclusión voluntaria.

\_\_\_\_\_ (inicial) Estoy presentando esta solicitud voluntariamente por mi propia voluntad, libre de influencias externas, y lo estoy haciendo entendiendo los efectos de mi decisión.

Actualmente no estoy bajo la influencia de drogas o alcohol o sufriendo de una condición de salud o salud mental que perjudica mi capacidad para tomar una decisión informada.

\_\_\_\_\_ (inicial) Reconozco que se aplican uno o más de los siguientes: (a) Me identifico como un jugador con problemas como una persona que cree que su comportamiento de juego actualmente, o puede causar en el futuro sin intervención, problemas en su vida o en la vida de su familia, amigos y/o compañeros de trabajo ; (b) Siento que mi conducta de juego está causando problemas en mi vida o puede, sin intervención, causar problemas en mi vida; o (c) existe alguna otra razón por la que deseo agregar mi nombre a la lista.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que se me puede negar la entrada y/o ser expulsado del área de juego de un establecimiento de juego ("Casino") por parte del titular de la licencia de juego, un agente de la Comisión o el personal encargado de hacer cumplir la ley.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que no puedo cobrar ninguna ganancia ni recuperar ninguna pérdida resultante de ninguna actividad de apuestas deportivas y juegos durante el período de exclusión y hasta que haya completado una sesión de restablecimiento.

\_\_\_\_\_ (inicial) Entiendo que todas y cada una de las recompensas y puntos ganados a través de mi programa de recompensas de jugadores hasta la fecha se perderán.

\_\_\_\_\_ (inicial) Acepto que en caso de violar el acuerdo de abstenerme de entrar en una Instalación de Apuestas Deportivas o en una Instalación de Apuestas Deportivas, o de realizar una apuesta en una Plataforma de Apuestas Deportivas se realicen durante el periodo de exclusión ("La Zona Excluida"), notificaré a la Comisión dicha violación en un plazo de 24 horas desde mi presencia dentro de La Zona Excluida llamando al 617-533-9737; y acepto liberar y eximir de responsabilidad a la Commonwealth de Massachusetts, la MGC, el Licenciatario y todos los empleados afiliados de cualquier reclamación asociada a mi incumplimiento de este acuerdo.

\_\_\_\_\_ (inicial)



## Formulario de inscripción voluntaria de autoexclusión de apuestas en Juegos y Deportes de Massachusetts

Estoy de acuerdo en programar y participar en una sesión de restablecimiento con un agente designado para hacerlo eliminarme de la lista. La sesión de reincorporación incluirá una revisión de los riesgos y responsabilidades de los juegos de azar, el establecimiento del presupuesto y una revisión de los recursos de juego problemáticos, si quisiera buscarlos. Una sesión de reincorporación se puede programar comunicándose con el Consejo de Juegos y Salud de Massachusetts al 800-GAM-1234, la Comisión de Juegos de Massachusetts en [vse@massgaming.gov](mailto:vse@massgaming.gov) o con el agente con el que se inscribió originalmente.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Soy consciente de que mi firma a continuación autoriza a la Comisión de Juegos de Massachusetts a ordenar a todos los Licenciarios de juegos de Massachusetts ("Casinos") que suspendan mis privilegios de crédito durante mi exclusión.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Entiendo que al colocar mi nombre en la lista, se me negará el acceso a servicios o artículos de cortesía, comprobar canjear privilegios, programas de recompensas para jugadores y otros beneficios similares a las personas de la lista. Entiendo que no se me otorgará crédito y, en la medida en que tenga crédito existente en un establecimiento de juego, se suspenderán mis privilegios crediticios.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Si lo desea, la Comisión de Juego de Massachusetts le notificará una vez que se acerque a la finalización de su término y que sea elegible para participar en una sesión de reincorporación. Compruebe el mejor método de contacto a continuación en caso de que se inscriba en el recordatorio.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Email

Correo estándar

Sin recordatorio

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Reconozco que esta solicitud de autoexclusión voluntaria de juegos es irrevocable durante el siguiente período de tiempo seleccionado en la Sección 1. \*Una persona solo puede seleccionar la duración de la vida útil si su nombre aparece previamente en la lista de autoexclusión voluntaria durante al menos seis meses.

1 año

3 años

5 años

Toda la vida

### SECCIÓN 5: Liberación de información

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Entiendo que el MGC y sus agentes divulgarán mi información contenida en este formulario a los licenciarios de juegos ("casinos") para el mantenimiento de la lista de autoexclusión voluntaria de juegos y/o la base de datos de autoexclusión voluntaria de juegos. Entiendo que la lista de autoexclusión voluntaria de apuestas deportivas está exenta de divulgación bajo M.G.L. c. 66, y no debe ser divulgada públicamente por un licenciario de apuestas deportivas.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Entiendo que un Operador de Apuestas Deportivas puede compartir la lista de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas con sus afiliados en otras jurisdicciones con el fin de ayudar en la administración adecuada o los programas de juego responsable operados por Operadores de Apuestas Deportivas afiliadas.

\_\_\_\_\_  
(inicial)

Entiendo que el MGC puede des identificar o anonimizar la información contenida en la lista de autoexclusión y puede divulgar esta información a una o más entidades de investigación designadas por la Comisión con el fin de evaluar la eficacia y garantizar la administración adecuada del proceso de autoexclusión voluntaria.



## Formulario de inscripción voluntaria de autoexclusión de apuestas en Juegos y Deportes de Massachusetts

El Consejo de Massachusetts sobre el Juego y la Salud (MACGH) desea hacer un seguimiento con usted dentro de una semana para ver cómo lo está haciendo y para asegurarse de que ha sido capaz de conectarse con recursos adicionales. ¿Considera que su información de contacto sea compartida con el MACGH?

SÍ

NO, NO QUIERO UN SEGUIMIENTO

CORREO ELECTRÓNICO (por favor incluya la dirección)

\_\_\_\_\_

TELÉFONO (por favor incluya el número)

\_\_\_\_\_



¿Desea salir del buzón de voz? (Encierre uno)  Sí

No



¿El mejor momento para llamar?  
(Encierre uno)

Mañana

Tarde

Noche

\_\_\_\_\_  
(inicial) Certifico que el agente tramitador me ha ofrecido una copia firmada del "Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas de MA" por el agente de procesamiento.

\_\_\_\_\_  
(inicial) Me han ofrecido información sobre recursos de juego problemáticos y proveedores de tratamiento. Para más información, por favor visite [helplinema.org/problemgambling/](http://helplinema.org/problemgambling/) o llame a la línea de ayuda las 24 Horas, al 1-800-327-5050.

### SECCIÓN 6: Confirmación

**Al hacer clic en esta casilla, certifico que he firmado cada una de las secciones anteriores.**

***Doy fe de que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa.***

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DEL INSCRITO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INSCRITO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE/TÍTULO DEL AGENTE DESIGNADO EN LETRA  
DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AGENTE DESIGNADO

\_\_\_\_\_  
FECHA



**SECCIÓN 7: Información del intérprete (si procede)**

**Solo para personas que requieren un intérprete:**

La persona que presenta esta solicitud requiere la asistencia de un intérprete o tutor legal para completar su solicitud. El nombre, la dirección, el número de teléfono, A continuación se enumeran los datos del intérprete, así como una afirmación de que el intérprete ha comunicado de forma completa y precisa todas las instrucciones dadas por el empleado de MGC o su designado y que la persona que solicita la participación en el programa VSE ha indicado que entiende los documentos incluidos en la solicitud formulario.

Nombre completo del intérprete \_\_\_\_\_

Idiomas hablados \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, a través de mi firma abajo afirmo, doy fe y reconozco que he servido como intérprete para \_\_\_\_\_ ayudarle a completar esta solicitud. Afirmo y doy fe de que he comunicado completa y exactamente todas las instrucciones del empleado de MGC o agente designado que verifica esta solicitud. La persona que solicita la eliminación de la lista de VSE me ha informado de que entiende los documentos que he ayudado a explicar y los ha firmado en una condición informada y conoce y entiende todas las responsabilidades asociadas con la eliminación de la lista de VSE.

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete/tutor legal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha