



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar e apostas desportivas 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				
<input type="radio"/> 1 ano	<input type="radio"/> 3 anos	<input type="radio"/> 5 anos	<input type="radio"/> Vitalício	<i>Vitalício elegível apenas após completar um termo mais curto</i>
*Data de Hoje (Início do termo):		*Reintegração elegível:		
Já participou do MA VSE?(<i>Selecione um</i>) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				

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

SEÇÃO 2: INFORMAÇÕES PESSOAIS					
Nome*			Sobrenome:*		
Endereço*	Apt.	Cidade*	Estado*	CEP*	País
*Telefone		*E-mail			

SEÇÃO 3: INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO		
Gênero*	Altura	Data de Nascimento*
<input type="radio"/> Masc. <input type="radio"/> Feminino Outro _____		
*4 últimos dígitos do Número de Segurança Social XXX-XX-		
*Raça	Outro _____	
<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Asiático (indiano, chinês, vietnamita)	<input type="checkbox"/> Preto/afro-americano
<input type="checkbox"/> Havaiano/Nativo da Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo alascaquiano	
Você tem origem hispânica?(<i>selecione um</i>) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> 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 e apostas desportivas de Massachusetts

SEÇÃO 4: Termos e condições

Entendo que, colocando meu nome na lista de Autoexclusão Voluntária, estarei proibido de entrar na área de apostas desportivas e instalação de apostas desportivas, de apostar em plataformas de apostas desportivas, de entrar na área de jogos de um estabelecimento de jogos de azar ("Casino") e/ou de entrar 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 se aplica a todos os operadores de apostas desportivas e os estabelecimentos de jogos de azar licenciados pela Comissão em Massachusetts e também pode se aplicar a quaisquer afiliados de apostas desportivas e 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 operadores de apostas desportivas e 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.

(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) Sinto 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)

Compreendo que possa ser recusada a entrada e/ou ejetado (a) por um licenciado de apostas desportivas ou jogos de azar, um agente da Comissão ou autoridade de aplicação da lei de uma área de apostas desportivas e instalação de apostas desportivas, de colocar uma aposta em uma plataforma de apostas desportivas, de entrar em uma área de jogos de azar de um estabelecimento de jogos de azar ("Casino"), e/ou de entrar em qualquer área em que apostas em grupo ou simultâneas são feitas.

(inicial)

Entendo que não posso coletar quaisquer ganhos ou recuperar quaisquer perdas resultantes de qualquer aposta desportiva ou atividade de jogos de azar 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 viole o acordo de abster-me de participar em uma aposta desportiva ou entrar em uma instalação de apostas desportivas, de fazer uma aposta numa plataforma de apostas desportivas, de entrar na área de jogos de azar de um estabelecimento de jogos de jogos de azar ("Casino"), e/ou de entrar em qualquer área em que as aposta sem grupo ou simultâneas sejam feitas durante o período de exclusão ("a Área Excluída"), notificarei a Comissão de tal violação no prazo de 24 horas após minha presença na 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 reivindicações associadas à minha violação deste contrato.

(inicial)



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar e apostas desportivas de Massachusetts

Concordo em liberar e isentar a Commonwealth de Massachusetts, o MGC e todos os funcionários afiliados de quaisquer reivindicações associadas à administração da lista de Autoexclusão Voluntária.

(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. Meu nome permanecerá na lista após a conclusão da duração de exclusão selecionada até o momento em que eu apresentar uma petição para remoção e for aprovada pela Comissão ou seu designado.

(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 apostas desportivas e 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, 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. 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)

Se for preferido, a *Massachusetts Gaming Commission* irá notificá-lo assim que você se aproximar da conclusão do seu prazo e você se tornar elegível para participar de uma sessão de reintegração. Por favor, verifique o melhor método de contato abaixo se você optar pelo lembrete.

(inicial)

Correio Padrão

E-mail

Sem Lembrete

Reconheço que este pedido de Autoexclusão Voluntária 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 seis meses.

(inicial)

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 apostas desportivas e de jogos de azar ("cassinos") para manutenção da lista de Autoexclusão Voluntária de Apostas Desportivas ou banco de dados de Autoexclusão Voluntária de Apostas Desportivas. Entendo que a lista de Autoexclusão Voluntária está isenta de divulgação sob M.G.L. c. 66, e não deve ser divulgada publicamente por um licenciado de apostas desportivas ou de jogos de azar.

(inicial)

Eu entendo que um operador de apostas desportivas ou licenciado de jogos de azar ("cassino") pode compartilhar a lista de Autoexclusão Voluntária com seus afiliados em outras jurisdições com o objetivo de auxiliar na administração adequada ou programas de jogos de azar responsáveis operados por operadores de apostas desportivas afiliados.

(inicial)

Entendo que a *Massachusetts Gaming Commission* pode desidentificar ou tornar anônimas as informações contidas na lista de Auto-Exclusão e pode também divulgar essas informações a uma ou mais entidades de pesquisa nomeadas pela Comissão com o objetivo de avaliar a eficácia e assegurar a administração adequada do processo Autoexclusão Voluntário.



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar e apostas desportivas 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, EU NÃO QUERO UM ACOMPANHAMENTO

E-MAIL (favor incluir e-mail)

TELEFONE (favor incluir número)



Aceito receber correio de voz? *(Selecione um)*

YES

NO



Quando devem ligar? *(Selecione um)*

Manhã

Tarde

À Noite

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

(inicial)

Recebi informações sobre recursos de problemas de jogo de azar e fornecedores de tratamento. Para mais informações. Visite helplinema.org/problemgambling/ ou ligue para a linha de assistência gratuita e confidencial 24 horas pelo telefone 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



Formulário de inscrição de autoexclusão voluntária de jogos de azar e apostas desportivas de Massachusetts

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 VSE indicou que compreende os documentos incluídos no formulário de solicitação.

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 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 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 VSE.

Assinatura do intérprete/tutor legal

_____/_____/_____
Data