



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

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	<i>Elegible de por vida solo después de la finalización de la duración a corto plazo</i>
*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		*Email			

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN		
Género* <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer    Otro _____	Altura:	Fecha de Nacimiento*
*Últimos 4 dígitos Número de Seguro Social	XXX-XX-	
*Carrera	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático (indio, chino, vietnamita) <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska                    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

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.

Entiendo que este Acuerdo de Autoexclusión Voluntaria se aplica a todos los operadores de apuestas deportivas y establecimientos de juegos con licencia de la Comisión en Massachusetts y también puede aplicarse a cualquier afiliado del licenciataria de apuestas deportivas y juegos, ya sea dentro de Massachusetts u otra jurisdicción. Y que la Comisión pueda compartir la lista con otra jurisdicción de juego nacional o internacional que resulte en su colocación en esas listas.

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.

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.

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

Entiendo que puedo ser denegado de entrada y/o expulsado por un licenciataria de apuestas deportivas o juegos, un agente de la Comisión, O el personal de las fuerzas del orden público de un Área de Apuestas Deportivas e Instalación de Apuestas Deportivas, desde realizar una apuesta en una Plataforma de Apuestas Deportivas, desde ingresar al área de juego de un establecimiento de juego ("Casino"), y/o desde ingresar a cualquier área en el que se realizan apuestas mutuas o simultáneas.

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.

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.

Estoy de acuerdo en que, en caso de que viole el acuerdo de abstenerme de entrar en un establecimiento de apuestas deportivas o en un centro de apuestas deportivas, de realizar una apuesta en una plataforma de apuestas deportivas, de entrar en el área de juego de un establecimiento de apuestas ("Casino"), Y/o al



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

Estoy de acuerdo en liberar y mantener indemne al Estado Libre Asociado de Massachusetts, el MGC, y todos los empleados afiliados de cualquier reclamo asociado con la administración de la lista de autoexclusión voluntaria.

(inicial)

Entiendo que solo soy elegible para la reincorporación una vez completada la duración de mi exclusión seleccionada. Puedo solicitar la eliminación de la lista participando en una sesión de restablecimiento con un agente designado. Mi nombre permanecerá en la lista después de completar la duración seleccionada de la exclusión hasta el momento en que presente una petición de remoción y sea aprobada por la Comisión o su designado.

(inicial)

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 restablecimiento incluirá una revisión de los riesgos y responsabilidades del juego, la fijación del presupuesto y una revisión de los recursos de juego problemáticos si quisiera buscarlos. Puede programar una sesión de reincorporación contactando al Consejo de Juegos y Salud de Massachusetts al 800-GAM-1234, a 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 licenciatarios de apuestas deportivas y juegos de azar de Massachusetts 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. No se me extenderá el crédito y en la medida en que tenga crédito existente en un establecimiento de juego, mis privilegios de crédito serán suspendidos.

(inicial)

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

(inicial)

Correo electrónico estándar     Email     Sin recordatorio

Reconozco que esta solicitud de autoexclusión voluntaria es irrevocable durante el siguiente período de tiempo seleccionado en la Sección

(inicial)

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

(inicial)

Entiendo que un Operador de apuestas deportivas o licenciatario de juegos ("casino") puede compartir la Autoexclusión Voluntaria lista con sus afiliados en otras jurisdicciones con el propósito de ayudar en la administración adecuada o Programas de juego responsable operados por operadores de apuestas deportivas afiliados.

(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? (Círculo uno)

SÍ

NO



¿El mejor momento para llamar? (Círculo uno)

Mañana

Tarde

Noche

Yo certifico que se me ha ofrecido una copia firmada del "Formulario de autoexclusión voluntaria" por el agente de procesamiento.

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

Me han ofrecido información sobre recursos de juego problemáticos y proveedores de tratamiento. Para mayor información. Visite [helplinema.org/problemgambling/](http://helplinema.org/problemgambling/) o llame a la línea de ayuda gratuita y confidencial 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