



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

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

SECCIÓN 1: TÉRMINOS DE LA EXCLUSIÓN				
<input type="radio"/> 1 año	<input type="radio"/> 3 años	<input type="radio"/> 5 años	<input type="radio"/> De por vida	La opción "De por vida" es solo elegible después de completar un período más corto
*Fecha de hoy (Inicio del plazo):		*Reincorporación elegible:		
¿Anteriormente inscrito en MA VSE? (Encierre una opción) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

Por favor, tenga en cuenta: Los inscritos deben participar en una sesión de reincorporación una vez que completen la duración de su plazo para ser eliminados de la lista de VSE de Apuestas Deportivas.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL					
Nombre*			Apellido*		
Dirección*	Apt.	Ciudad*	Estado*	Código postal*	País
*Teléfono		*Email			

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN		
Género*	Altura	Fecha de nacimiento*
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino Otro _____		
*Últimos 4 dígitos del número de seguridad social XXX-XX-		
Raza*	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático (Indio, Chino, Vietnamita) <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska Otro _____		
¿Eres de origen hispano? (Encierre una opción) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

**Foto de identificación:** Elija un elemento.

**Emitido por:**

**Número:**

\*Por favor adjunte o envíe junto con la solicitud una fotografía en color reciente, tipo pasaporte, de 2x2".

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



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

## SECCIÓN 4: Términos y condiciones

Entiendo que, al inscribir mi nombre en la lista de autoexclusión voluntaria de apuestas deportivas, se me prohíbe entrar en la Zona de Apuestas Deportivas o en un Centro de Apuestas Deportivas, y realizar apuestas en una Plataforma de Apuestas Deportivas hasta que haya completado una sesión de reincorporación al finalizar mi periodo 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 pueda compartir la lista con otra jurisdicción de juego jurisdicción de juego nacional o internacional que resulte en la colocación en esas listas.

(Inicial)

Entiendo que mi información se incluirá en una lista de no comercialización mantenida por los Operadores de Apuestas Deportivas autorizados por la Comisión en Massachusetts, que se compartirá con los operadores de apuestas, pero que mi inclusión en dicha lista no me identificará como incluido en la lista de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas.

(Inicial)

Estoy presentando esta solicitud voluntariamente, libre de influencias externas, y lo hago entendiendo los efectos de mi decisión.

(Inicial)

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 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.

(Inicial)

Entiendo que el titular de la licencia de apuestas deportivas, un agente de la Comisión o el personal de las fuerzas del orden pueden negarme la entrada y/o expulsarme de un Área de Apuestas Deportivas o Instalación de Apuestas Deportivas, o de realizar una apuesta en una Plataforma de Apuestas Deportivas.

(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)

Acepto eximir a la Commonwealth de Massachusetts, a la MGC y a todos los empleados afiliados de cualquier reclamación relacionada con la administración de la lista de autoexclusión voluntaria de apuestas deportivas.

(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 una vez finalizada la duración de exclusión seleccionada hasta el momento en que presente una petición de exclusión y ésta sea aprobada por la Comisión o la persona que ésta designe.



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

(inicial) \_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en programar y participar en una sesión de restablecimiento con un agente designado para 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 poniéndose en contacto con el Consejo de Juegos y Salud de Massachusetts al 800-GAM-1234, la Comisión de Juegos de Massachusetts al vse@massgaming.gov o con el agente con el que se inscribió originalmente.

\_\_\_\_\_ Soy consciente de que mi firma a continuación autoriza a la Comisión de Juego de Massachusetts a ordenar a todos los Licenciarios de Apuestas Deportivas de Massachusetts que suspendan mis privilegios de crédito durante mi exclusión.

(inicial) \_\_\_\_\_ Entiendo que al colocar mi nombre en la lista VSE de apuestas deportivas, se me negará el acceso a servicios o artículos de cortesía, privilegios de cambio de cheques, programas de recompensa para jugadores y otros beneficios similares a las personas de la lista. Entiendo que no se me concederá crédito y que, en la medida en que tenga crédito en un establecimiento de juego, se suspenderán mis privilegios de crédito.

(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. Por favor marque a continuación el mejor método de contacto si opta por el recordatorio.

(inicial) \_\_\_\_\_ Reconozco que esta solicitud de autoexclusión voluntaria de apuestas deportivas es irrevocable durante el período de tiempo que aparece a continuación, según se selecciona 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 un año.

Correo electrónico

Correo estándar

Sin recordatorio

(inicial) \_\_\_\_\_ Reconozco que esta solicitud de autoexclusión voluntaria de apuestas deportivas es irrevocable durante el período de tiempo que aparece a continuación, según lo 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 un año.

1 año

3 años 5 años

De por vida

## SECCIÓN 5: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(inicial) \_\_\_\_\_ Entiendo que MGC y sus agentes divulgarán mi información contenida en este formulario a los licenciarios de apuestas deportivas 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 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 la MGC puede desidentificar o anonimizar la información contenida en la lista de Autoexclusión de Apuestas Deportivas y puede revelar esta información a una o más entidades de investigación designadas por la Comisión con el fin de evaluar la eficacia y garantizar la correcta administración del proceso de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas.



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

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. ¿Da su consentimiento para 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) \_\_\_\_\_



¿Se puede dejar un mensaje de voz? (Encierre uno)

SÍ

NO



¿Cuál es el mejor momento para llamar? (Encierre uno)

Mañana

Tarde

Noche

Certifico que el agente tramitador me ha ofrecido una copia firmada del "Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Apuestas Deportivas de MA".

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

Me han ofrecido información sobre recursos para tratar la ludopatía y proveedores de tratamiento. Para mayor información: Por favor 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 escrito mis iniciales en 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

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

\_\_\_\_\_  
FECHA



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

## 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 y el número de teléfono del intérprete figuran a continuación, así como una declaración de que el intérprete ha comunicado de forma completa y precisa todas las instrucciones dadas por el empleado del MGC o la persona designada por éste y que la persona que solicita participar en el programa de VSE de apuestas deportivas ha indicado que comprende los documentos incluidos en el formulario de solicitud.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo de Intérprete      Idiomas hablados      Dirección

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, a través de mi firma a continuación afirmo, atestiguo y reconozco que he servido como intérprete para \_\_\_\_\_ para ayudarlo 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 VSE de apuestas deportivas 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 VSE de apuestas deportivas.

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

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