**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**

**Escriba claramente (en tinta) toda la información solicitada en este formulario. El símbolo (\*) indica que el campo es obligatorio. Para obtener más información, visite massgaming.com/vse.**

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 1: PLAZO DE LA EXCLUSIÓN** |
| **6 meses** | **1 año** | **3 años** | **5 años** | **De por vida** | *Solo es elegible para el plazo de por vida luego de haber completado un período más corto.* |
| Fecha actual(inicio del plazo): | Vencimientodel plazo: |

*Cuando venza el plazo, las personas inscriptas deben participar en una sesión de salida para que se las pueda eliminar de la lista de autoexclusión voluntaria (VSE).*

***Tenga en cuenta:***

|  |  |
| --- | --- |
| **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN PERSONAL** |  |
| Nombre\* | Apellido\* |
| Dirección\* | Depto. | Ciudad\* | Estado\* | Código postal\* | País |
| Teléfono | Correo electrónico |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN** |
| Sexo\* | Altura (pies, pulgadas) | Fecha de nacimiento\* |
| ***\*Número del Seguro Social***  \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_- \_\_\_ \_\_\_ -\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
|  **\*Raza***(Marque una con un círculo).* | Blanco | Asiático (p. ej., chino, filipino, indio) | Indígena americano o nativo de Alaska | Negro/afroamericano | Nativo de Hawái o isleño del pacífico | Otro (especifique) |
| **¿Es de origen hispano?** *(Marque una con un círculo).* | Sí No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \*Adjunte o envíe una fotografía reciente a color de 2x2 in junto con la solicitud. |  | \*Adjunte o envíe una fotografía de identificación (licencia, pasaporte, etc.). Esto no reemplaza el requisito de la fotografía. |

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**



|  |
| --- |
| **SECCIÓN 4: PREGUNTAS OPCIONALES SOBRE LA VSE** |

Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán a la Comisión de Juegos de Massachusetts (MGC) a evaluar y mejorar el Programa de Autoexclusión Voluntaria. Las respuestas individuales se mantendrán confidenciales.

1. ¿Por qué se está inscribiendo en el Programa de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts? (Seleccione todo lo que corresponda).
	* Porque no puedo controlar mi comportamiento con el juego.
	* Porque no quiero perder más dinero jugando.
	* Porque necesito una barrera para evitar entrar en los casinos.
	* Porque tengo un problema con el juego.
	* Porque estoy deprimido y angustiado por mi comportamiento con el juego.
	* Porque deseo mejorar mi relación con mi familia o amigos.
	* Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Qué lo impulsó a inscribirse en el Programa de Autoexclusión Voluntaria hoy, en particular?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cómo conoció el Programa de Autoexclusión Voluntaria?
	* Me lo mencionó un miembro del personal del casino.
	* Me lo mencionó un asesor de GameSense.
	* Me lo mencionó un amigo o familiar.
	* Vi un folleto o un anuncio sobre el programa.
	* Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. En los últimos 12 meses, ¿en qué tipos de juegos perdió más dinero? (Seleccione todo lo que corresponda).
	* Tragamonedas de casino o máquinas de video póker
	* Juegos de mesa de casino
	* Apuestas de deportes con amigos o en línea
	* Deportes de fantasía
	* Lotería, lotería instantánea o Keno
	* Carreras de caballos o perros
	* Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ¿Cuáles son los principales motivos por los que juega? (Seleccione todo lo que corresponda).
	* Por entusiasmo o diversión
	* Para ganar dinero
	* Para escapar o distraerme
	* Para socializar
	* Porque me hace sentir bien conmigo mismo
	* Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**

1. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue la mayor suma de dinero que perdió jugando en un día?
$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha puesto irritable o molesto cuando intentaron detener o reducir su juego?
	* Sí
	* No
	* No estoy seguro
3. En los últimos 12 meses, ¿ha producido su actividad en el juego estrés mental significativo en forma de culpa, ansiedad o depresión, ya sea en usted o en alguna persona cercana a usted?
	* Sí
	* No
	* No estoy seguro
4. En los últimos 12 meses, ¿ha producido su actividad en el juego problemas financieros para usted o su familia?
	* Sí
	* No
	* No estoy seguro
5. ¿Planea dejar de jugar ahora que está ingresando en el Programa de Autoexclusión Voluntaria?
	* Sí
	* No
	* No estoy seguro
6. ¿Cuáles son sus ingresos familiares anuales de todas las fuentes, antes de impuestos?
	* Menos que $15 000
	* Entre $15 000 y $29 999
	* Entre $30 000 y $49 999
	* Entre $50 000 y $69 999
	* Entre $70 000 y $99 999
	* Entre $100 000 y $124 999
	* Entre $125 000 y $149 999
	* $150 000 o más

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**

1. ¿Cuál su situación laboral actual?
	* Empleado asalariado
	* Autónomo
	* Desempleado durante más de un año
	* Desempleado durante menos de un año
	* Trabajador doméstico
	* Estudiante
	* Jubilado
	* No puede trabajar
2. ¿Cuál es su situación en términos de relaciones?
	* Casado
	* Vive con una pareja
	* Separado
	* Divorciado
	* Viudo
	* Nunca se casó
3. ¿Formó parte de las Fuerzas Armadas, las Reservas o la Guardia Nacional alguna vez?
	* Sí, estoy en servicio activo actualmente.
	* Sí, pero no he estado en servicio activo durante los últimos 12 meses.
	* No, solo entrenamiento.
	* No, nunca formé parte.
4. ¿Trabajó usted o algún miembro de su familia inmediata en la industria del juego alguna vez?
	* No
	* Sí, trabajo actualmente o he trabajado antes en la industria del juego.
	* Sí, un miembro de mi familia inmediata trabaja o ha trabajado antes en la industria del juego.

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**



|  |
| --- |
| **SECCIÓN 5: Términos y condiciones**  |
|  | Entiendo que al colocar mi nombre en la lista de autoexclusión voluntaria se me prohibirá ingresar en las áreas de juego de los establecimientos de juego (“Casino”) o en cualquier área en la cual se estén realizando apuestas mutuas o apuestas simultáneas a la transmisión durante el período de exclusión.  |
| (inicial)  | Entiendo que este Acuerdo de Autoexclusión se aplica a todos los establecimientos de juego autorizados por la Comisión en Massachusetts y a cualquier afiliada del titular de la licencia de juegos, ya sea dentro de Massachusetts o en otra jurisdicción, y que la Comisión puede compartir esta lista con otras jurisdicciones de juego nacionales o internacionales, por lo que mi nombre podría incluirse en las listas de esas jurisdicciones. |
| (inicial) | Presento esta solicitud por mi propia voluntad, sin influencias externas, y lo hago con conocimiento de las consecuencias de mi decisión. |
| (inicial) | Actualmente no me encuentro bajo la influencia de las drogas ni de una bebida alcohólica, ni estoy sufriendo una afección de salud mental que perjudique mi capacidad para tomar una decisión informada. |
| (inicial) | Reconozco que se aplica una o más de las siguientes: (a) me identifico como una persona con problemas de juego y que considera que su comportamiento con el juego actualmente es un problema en su vida o en la vida de sus familiares, amigos o compañeros de trabajo, o bien puede serlo en el futuro sin intervención; (b) siento que mi comportamiento con el juego está actualmente generando problemas en mi vida o que puede llegar a generarlos, sin intervención; o (c) hay algún otro motivo por el cual deseo agregar mi nombre a la lista. |
| (inicial) | Reconozco que esta solicitud de autoexclusión es irrevocable durante el período de tiempo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ seleccionado en la Sección 1. (Una persona solo puede seleccionar la duración de por vida si su nombre apareció previamente en la lista de autoexclusión voluntaria durante, al menos, seis meses). |
| (inicial) | Entiendo que el titular de una licencia de juego, un agente de la Comisión o los agentes de policía me pueden denegar el ingreso al área de juegos de un establecimiento de juegos (“Casino”), o bien expulsarme de esta. |
| (inicial) | Entiendo que no puedo cobrar ninguna ganancia ni recuperar ninguna pérdida producto de ninguna actividad de juego en un establecimiento de juego durante el período de exclusión. |
| (inicial) | Entiendo que perderé toda recompensa y puntos ganados hasta la fecha a través de mi programa de recompensas para jugadores.  |
| (inicial) (inicial) | Acepto que si infrinjo el acuerdo de no ingresar al área de juegos de un establecimiento de juego o a cualquier área en la cual se realicen apuestas mutuas o apuestas simultáneas a la transmisión durante el período de exclusión (el “Área excluida”), le notificaré a la Comisión al respecto dentro de las 24 horas de mi presencia dentro del Área excluida. Acepto, además, liberar a la Mancomunidad de Massachusetts, a la MGC, al titular de la licencia de juego y a todos los empleados afiliados de cualquier reclamo relacionado con mi infracción de este acuerdo. |

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**



|  |  |
| --- | --- |
| (inicial) | Entiendo que, una vez cumplido el plazo de la exclusión seleccionado, puedo solicitar que se me retire de la lista participando en una sesión de salida con un agente designado. Mi nombre permanecerá en la lista luego del vencimiento del plazo de exclusión seleccionado hasta que presente una solicitud de remoción conforme a la sección 133.04(4) del título 205 del Código de Reglamentos de Massachusetts (CMR) y la Comisión o su agente designado la aprueben. |
| (inicial) | Acepto programar y participar en una entrevista de salida con un agente designado para que mi nombre se retire de la lista. La sesión de salida incluirá una revisión de los riesgos y las responsabilidades del juego, la confección de un presupuesto y la revisión de los recursos para problemas con el juego si así lo deseo. La sesión de salida (anteriormente, sesión de reincorporación) podrá programarse contactando al Consejo de Massachusetts para el Juego Compulsivo al 617-426-4554 o al agente con el cual se inscribió originalmente.  |
|  | Si lo desea, la Comisión de Juegos de Massachusetts le notificará cuando se esté acercando el vencimiento del plazo y se vuelva elegible para participar en una sesión de salida. *Si desea registrarse para los recordatorios, marque cuál es el mejor método de contacto a continuación.* Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_ Correo estándar\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sin recordatorio\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (inicial) | Entiendo que mi firma a continuación autoriza a la Comisión de Juegos de Massachusetts a ordenarles a todos los titulares de licencias de juego de Massachusetts (“Casinos”) que suspendan mis privilegios de crédito durante un período mínimo de seis meses desde la fecha de esta solicitud y de forma indefinida en adelante, hasta que presente una solicitud por escrito ante la Comisión para que se me restablezca cualquiera de dichos privilegios de crédito. |
| (inicial) | Entiendo que al colocar mi nombre en la lista, se me denegará el acceso a los servicios o artículos de cortesía, a los privilegios de cobro de cheques, a los programas de recompensas para jugadores y a otros beneficios similares para personas de la lista y, en la medida en que cuente con un crédito existente en un establecimiento de juego, mis privilegios de crédito se suspenderán. |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 6: Divulgación de información** |

|  |  |
| --- | --- |
| (inicial) (inicial aquí) (inicial aquí)  | Entiendo que la MGC y sus agentes divulgarán mi información contenida en este formulario a un titular de licencia de juego (“Casino”) para mantener la lista o la base de datos de autoexclusión voluntaria. Entiendo que la lista de autoexclusión voluntaria no puede divulgarse conforme al capítulo 66 de las Leyes Generales de Massachusetts (MGL), y que los titulares de licencias de juego no pueden divulgarla públicamente. |
|  | Entiendo que un titular de licencia de juego (“Casino”) puede compartir la lista de autoexclusión voluntaria con sus afiliados en otras jurisdicciones con el fin de ayudar en la administración adecuada de los programas de juego responsable operados por los establecimientos de juego afiliados. |
|  | Entiendo que la MGC puede desidentificar o anonimizar la información contenida en la lista de Autoexclusión y divulgarla 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.  |
|  | El Consejo de Massachusetts para el Juego Compulsivo (MCCG) desea comunicarse con usted dentro de una semana para saber cómo se encuentra y asegurarse de que ha podido comunicarse con los recursos adicionales. ¿Brinda su consentimiento para que compartamos su información de contacto con el MCCG? NO, NO QUIERO QUE SE COMUNIQUEN CONMIGO. \_\_\_\_\_\_\_SÍ, POR CORREO ELECTRÓNICO. *(Incluya la dirección).* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SÍ, POR TELÉFONO. (Incluya el número). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Se le puede dejar un correo de voz? *(Marque una con un círculo).* Sí No ¿Cuál es la mejor hora para llamar? *(Marque una con un círculo).* Mañana Tarde Noche  |
| (inicial aquí) (inicial aquí)  | Certifico que el agente que procesó el “Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts” me ofreció una copia firmada de este. |
|  | Me ofrecieron información sobre los recursos y proveedores de tratamientos para problemas con el juego. Para obtener más información, visite massgaming.com/problem-gambling/ o llame a la línea de ayuda gratuita y confidencial durante las 24 horas al 1-800-426-1234. |

**Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts**



|  |
| --- |
| **SECCIÓN 7: Aceptación** |

***Certifico que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta.***

NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIPTA EN LETRA DE IMPRENTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA PERSONA INSCRIPTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL AGENTE EN LETRA DE IMPRENTA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CARGO DEL AGENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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