



Massachusetts Voluntary Self-Exclusion **Enrollment** Form

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

SECCIÓN 1: PLAZO DE LA EXCLUSIÓN				
1 año	3 años	5 años	De por vida	<i>Solo es elegible para el plazo de por vida luego de haber completado un período más corto.</i>
Fecha actual (inicio del plazo):			Elegible para readmisión:	
¿Ya se ha inscrito en MA VSE? (marque una opción) Sí No				

Tenga en cuenta: Para que se las retire de la lista de autoexclusión voluntaria (VSE), las personas inscritas deben participar en una sesión de readmisión una vez que haya concluido el plazo.

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

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN		
Sexo* Hombre Mujer Otro _____	Altura (pies, pulgadas)	Fecha de nacimiento*
*Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social XXX-XX- ____		
*Raza (Marque una con un círculo).	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático (indio, chino, vietnamita) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativos de Hawái/islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativos americanos/nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Otro	
¿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 (VSE) 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?

3. ¿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 _____

4. 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) _____

5. ¿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 (VSE) de Massachusetts

6. En los últimos 12 meses, ¿cuál fue la mayor suma de dinero que perdió jugando en un día?
\$ _____
7. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha puesto irritable o molesto cuando intentaron detener o reducir su juego?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
8. 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
9. En los últimos 12 meses, ¿ha producido su actividad en el juego problemas financieros para usted o su familia?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
10. ¿Planea dejar de jugar ahora que está ingresando en el Programa de Autoexclusión Voluntaria?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
11. ¿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 (VSE) de Massachusetts

12. ¿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

13. ¿Cuál es su situación en términos de relaciones?

- Casado
- Vive con una pareja
- Separado
- Divorciado
- Viudo
- Nunca se casó

14. ¿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.

15. ¿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 (VSE) de Massachusetts

SECCIÓN 5: Términos y condiciones

_____ (inicial) 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 hasta que haya completado una sesión de readmisión al finalizar el período de exclusión seleccionado.

_____ (inicial) Entiendo que este Acuerdo de Autoexclusión Voluntaria 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) Entiendo que mi información puede incluirse en una lista de exclusión publicitaria mantenida por los establecimientos de juego autorizados por la Comisión en Massachusetts, la cual se compartirá con los operadores independientes de juegos, pero que mi inclusión en dicha lista no me identificará como parte de la lista de autoexclusión voluntaria.

_____ (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 drogas ni de alcohol, ni estoy sufriendo una afección de salud o 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 voluntaria es irrevocable durante el período de tiempo a continuación 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.*

_____ 1 año _____ 3 años _____ 5 años _____ De por vida

_____ (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)

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 (VSE) de Massachusetts

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 y hasta que haya completado una sesión de readmisión.

(inicial)

Entiendo que seré elegible para la readmisión una vez que concluya el período de exclusión que seleccioné. Puedo solicitar que se me retire de la lista participando en una sesión de readmisión con un agente designado. Mi nombre permanecerá en la lista luego del cumplimiento del plazo de exclusión seleccionado hasta que presente una solicitud de remoción conforme al artículo 133.04(4) del título 205 del Código de Reglamentos de Massachusetts (CMR) y la Comisión o su agente designado la aprueben.

(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 y eximir de responsabilidad a la Mancomunidad de Massachusetts, a la Comisión de Juegos de Massachusetts (MGC), al titular de la licencia de juego y a todos los empleados afiliados de cualquier reclamo relacionado con mi infracción de este acuerdo.

(inicial)

Si lo desea, la Comisión de Juegos de Massachusetts (MGC) le notificará cuando se esté acercando al cumplimiento del plazo y se vuelva elegible para participar en una sesión de readmisión. *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



Formulario de autoexclusión voluntaria (VSE) de Massachusetts

(inicial) 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.

(inicial) 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.

(inicial) 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.

T El Consejo de Massachusetts sobre Juego y Salud (MACGH) 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 MACGH?

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) Certifico que el agente que procesó el “Formulario de Autoexclusión Voluntaria de Massachusetts” me ofreció una copia firmada de este.

(inicial) Me ofrecieron información sobre los recursos y proveedores de tratamientos para problemas con el juego. Para obtener más información, visite helplinema.org/problemgambling/ o llame a la línea de ayuda gratuita y confidencial durante las 24 horas al 1-800-327-5050.

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/CARGO DEL AGENTE DESIGNADO EN LETRA DE IMPRENTA _____

FIRMA DEL AGENTE DESIGNADO _____ FECHA _____



Formulario de autoexclusión voluntaria (VSE) de Massachusetts

SECCIÓN 8: Información del intérprete (si corresponde)

Solo para las personas que requieren un intérprete:

La persona que presenta esta solicitud necesitó la asistencia de un intérprete o tutor legal para poder completarla. El nombre, la dirección y el número de teléfono del intérprete se indican a continuación, como también se incluye una declaración de que el intérprete ha comunicado de manera completa y precisa todas las instrucciones proporcionadas por el empleado de la MGC o su agente designado. Asimismo, se declara que la persona que solicita participar en el programa de VSE ha indicado que entiende los documentos incluidos en el formulario de solicitud.

Nombre completo del intérprete Idiomas que habla Dirección

Correo electrónico _____ Teléfono _____

Yo, _____, al firmar a continuación, declaro, certifico y reconozco que le brindé servicios de interpretación a _____ a fin de ayudarlo/a a completar esta solicitud. Declaro y certifico que he comunicado de forma completa y precisa todas las instrucciones del empleado de la MGC o su agente designado que verifican esta solicitud. La persona que solicita la remoción de su nombre de la lista de VSE me ha informado que entiende los documentos que ayudé a explicarle y los ha firmado con conocimiento de la situación. Asimismo, conoce y comprende todas las responsabilidades asociadas a la remoción de la lista de VSE.

Firma del intérprete o tutor legal ____/____/____
Fecha