

WNIOSEK O DOBROWOLNE SAMOWYKLUCZENIE ZE WSZYSTKICH OBIEKTÓW I PODMIOTÓW HAZARDOWYCH POSIADAJĄCYCH LICENCJĘ, POZWOLENIE LUB REJESTRACJĘ WYDANĄ PRZEZ KOMISJĘ HAZARDOWĄ STANU NOWY JORK (NEW YORK STATE GAMING COMMISSION)

FORMULARZ TEN WYPEŁNIA OSOBA, KTÓRA WNIOSKUJE O WYKLUCZENIE ZE WSZYSTKICH LEGALNYCH OBIEKTÓW I AKTYWNOŚCI HAZARDOWYCH W STANIE NOWY JORK ZGODNIE Z TYTUŁEM 9 OFICJALNEGO ZESTAWIENIA REGULAMINÓW, ZASAD I PRZEPISÓW STANU NOWY JORK ORAZ SEKCJI 1404(1)(d) USTAWY DOTYCZĄCEJ WYŚCIGÓW, ZAKŁADÓW Z RÓWNYM DZIELENIEM WYGRANEJ I HODOWLI.

Składając ten wypełniony formularz dobrowolnego samowykluczenia, zgadzasz się na wykluczenie Ciebie ze wszystkich obiektów wymienionych poniżej, w tym działań niezwiązanych z hazardem w takich obiektach, a także nie będzie Ci wolno obstawiać na torze i poza nim, w zakładach z równym podziałem wygranej, obstawiać w Internecie i za pomocą konta, obstawiać w zakładach sportowych, a także brać udziału w jakichkolwiek dodatkowych grach lub grach hazardowych, które nie są obecnie wymienione tutaj i które mogą w przyszłości podlegać kontroli regulacyjnej przez Komisję Hazardową Stanu Nowy Jork (Komisja).

Kasyno komercyjne

del Lago Resort & Casino
Resorts World Catskills
Rivers Casino & Resort Schenectady
Tioga Downs Casino Resort

Gry na loterii wideo

Batavia Downs Gaming
Finger Lakes Gaming & Racetrack
Hamburg Gaming
Jake's 58 Hotel and Casino
MGM Empire City Casino
Resorts World Casino Hudson Valley
Resorts World Casino NYC
Saratoga Casino Hotel
Vernon Downs Casino Hotel

Zakłady sportowe

Zakłady poza torem

Capital Off-Track Betting
Catskill Off-Track Betting Nassau Off-Track Betting
Suffolk Off-Track Betting
Western Off-Track Betting

Wyścigi konne

Aqueduct Racetrack
Batavia Downs
Belmont Park
Buffalo Raceway
Finger Lakes Racetrack
Monticello Raceway
Saratoga Race Course
Saratoga Casino Hotel Racetrack
Tioga Downs
Vernon Downs
Yonkers Raceway

Wielojurysdykcyjne zaawansowane zakłady z depozytem

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

INSTRUKCJE: Proszę o uważne przeczytanie całego formularza i wpisanie odpowiedzi wyraźnymi drukowanymi literami. Jeśli potrzebujesz pomocy w zrozumieniu którejś części tego formularza i / lub potrzebujesz usług tłumaczeniowych, poinformuj o tym pracownika przyjmującego. Formularze przesłane pocztą muszą być poświadczony notarialnie i zawierać fotografię. Formularze należy przysyłać na adres: NYS Gaming Commission, Director of Education & Community Relations, PO Box 7500, Schenectady, NY 12301-7500

INFORMACJE OGÓLNE (drukowanymi literami)

Nazwisko: _____

Nazwisko

Pierwsze imię

Drugie imię

Dodatkowe nazwisko (nazwisko rodowe, pseudonimy, przezwiska itp.): _____

Adres: _____

Numer i ulica

Nr lokalu

Miasto

Stan

Kod pocztowy

Numer telefonu: _(_____) _____

Adres e-mail: _____

Numer ubezpieczenia społecznego (SSN) ____ - ____ - ____

Zgodnie z federalną ustawą o ochronie prywatności z 1974 r. (Federal Privacy Act) informujemy, że podanie numeru ubezpieczenia społecznego jest dobrowolne. System prowadzenia ewidencji Programu Dobrowolnego Samowykluczenia został ustanowiony na mocy prawa dotyczącego wyścigów, zakładów z równym dzieleniem wygranej i hodowli (New York Racing, Pari-Mutuel Wagering and Breeding Law § 1344). Twój numer ubezpieczenia społecznego służy do weryfikacji Twojej tożsamości. Niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego SSN może uniemożliwić Komisji skuteczną realizację Dobrowolnego Samowykluczenia.

Alternatywny dokument tożsamości wydany przez rząd, Numer/rodzaj przedstawionego dowodu tożsamości:

Data urodzenia: ____/____/____

Płeć:

____ Mężczyzna

____ Kobieta

____ X

Wzrost

____ stóp ____ cali

Waga:

____ funtów

Kolor włosów:

____ Czarne

____ Brązowe

____ Blond

____ Rude

____ Szare

____ Białe

____ Łysy

____ Inne

Kolor oczu:

____ Czarne

____ Brązowe

____ Orzechowe

____ Niebieskie

____ Szare

____ Zielone

____ Inne

Rasa/pochodzenie etniczne:

____ Biała niełatynoska

____ Czarna niełatynoska

____ Azjatycka niełatynoska

____ Inna rasa niełatynoska

____ Łatynoska

____ Nieznana

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

MINIMALNY OKRES SAMOWYKLUCZENIA

Wykluczenie będzie egzekwowane przez okres zaznaczony poniżej, **BEZ WYJĄTKÓW**. Pozostaniesz na liście samowykluczenia do czasu zakończenia pełnego okresu wykluczenia niezależnie od zmian w okolicznościach osobistych.

Wybierz okres, w którym chcesz zostać wykluczony ze wszystkich obiektów hazardowych w stanie Nowy Jork, w tym działań niezwiązanych z hazardem w takich obiektach, zakładów na torze i poza nim, wielojurysdykcyjnych zaawansowanych zakładów z depozytem, zakładów sportowych, wszelkich dodatkowych gier i hazardu, które obecnie nie są tutaj wymienione, a które mogą w przyszłości podlegać kontroli regulacyjnej Komisji.

_____ **Jeden (1) rok**

_____ **Trzy (3) lata**

_____ **Pięć (5) lat.**

_____ **Dożywotnio**

_____ (parafka) **Dzisiejsza data:** _____

WYKLUCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

Rozumiem, składany przez mnie wniosek nie ustanawia podstawy powództwa, prawa skargi, roszczenia lub innego prawa na rzecz jakiegokolwiek osoby przeciwko stanowi Nowy Jork, Komisji Hazardowej Stanu Nowy Jork, podstawy ani prawa na rzecz podmiotów i obiektów wymienionych w tym wniosku, ani też przedstawicieli czy pracowników powyższych podmiotów. Niniejszym na zawsze zwalniam stan Nowy Jork, Komisję Hazardową Stanu Nowy Jork, podmioty i obiekty wymienione w tym wniosku, a także przedstawicieli i pracowników takich podmiotów i obiektów z wszelkiej odpowiedzialności wobec mnie i moich spadkobierców, administratorów, wykonawców i beneficjentów z tytułu wszelkich szkód pieniężnych lub innych, która może powstać w wyniku lub z powodu jakiegokolwiek działania lub zaniechania związanego z tym wnioskiem o dobrowolne samowykluczenie lub kolejnym wnioskiem o usunięcie z listy osób samowykluczonych, w tym (1) przetwarzania lub egzekwowania tego lub kolejnego wniosku, (2) niewywiązania się przez wymieniony podmiot z obowiązku wstrzymania przywilejów hazardowych wobec mnie lub przywrócenia mi przywilejów hazardowych, (3) zezwolenia na mój udział lub niezezwolenia mi na udział w czynnościach hazardowych w czasie, gdy znajduję się na liście osób objętych samowykluczeniem oraz (4) ujawnienia informacji o mnie jakiegokolwiek osobie lub grupie, która nie jest powiązana z Komisją Hazardową Stanu Nowy Jork, z wyjątkiem umyślnego bezprawnego ujawnienia takich informacji.

_____ (Parafka) **Dzisiejsza data:** _____

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

WARUNKI I DEKLARACJA

Zanim podpiszesz przeczytaj i parafuj każde poniższe oświadczenie.

- _____ Oświadczam, że informacje, które podałem powyżej w związku z tym wnioskiem są prawdziwe i dokładne.
- _____ Nie jestem obecnie pod wpływem narkotyków, alkoholu i nie cierpię na chorobę psychiczną, która upośledzałaby moją zdolność do podejmowania świadomej decyzji.
- _____ Potwierdzam, że staram się dobrowolnie wykluczyć siebie ze wszystkich lokali oferujących gry i hazard w Nowym Jorku, w tym tych otwartych lub nabytych po dacie tego wniosku, na cały okres określony na stronie 3.
- _____ Przeczytałem i zrozumiałem wykluczenie odpowiedzialności zawarte w tym wniosku oraz zgadzam się z nim.
- _____ Rozumiem, że pod żadnym pozorem nie mogę skrócić okresu mojego samowykluczenia.
- _____ Upoważniam Państwa do przesłania kopii tego wniosku o samowykluczenie do Komisji oraz wszystkich licencjonowanych podmiotów i placówek w stanie Nowy Jork.
- _____ Rozumiem i zgadzam się, że to wykluczenie uniemożliwi mi otrzymywanie materiałów marketingu bezpośredniego i promocyjnych dotyczących możliwości hazardowych, a zarazem uznaję, że powstrzymanie otrzymywania takich materiałów nie nastąpi natychmiast.
- _____ Jestem świadomy, że mój podpis upoważnia wymienione powyżej podmioty i placówki do ograniczenia mojego w udziału w grach kasynowych, grach na loteriach wideo, wyścigach konnych i zakładów z równym dzieleniem wygranej, zakładach sportowych oraz wszelkich przyszłych aktywnościach hazardowych, które w przyszłości mogą zostać objęte kontrolą regulacyjną Komisji, na czas wybranego przeze mnie okresu wykluczenia i do momentu usunięcia mojego nazwiska z listy samowykluczenia.
- _____ Rozumiem, że jeśli dokonam samowykluczenia w stanie Nowy Jork, niektóre podmioty i placówki objęte tym wnioskiem będą posiadać własne wewnętrzne zasady samowykluczenia, które uniemożliwią mi wstęp do obiektów i/lub udział w grach hazardowych lub innych aktywnościach hazardowych i/lub wstęp do restauracji, hotelu lub innych udogodnień znajdujących się w ich powiązanych placówkach poza stanem.
- _____ Jestem świadomy i zgadzam się, że jeśli w okresie samowykluczenia zaangażuję się w aktywności hazardowe poprzez podmiot lub obiekt wymieniony w tym wniosku lub taki, który może zostać dodany do listy w przyszłości, nie będę mógł odbierać żadnych wygranych ani odzyskać żadnych dóbr straconych w wyniku aktywności hazardowej.
- _____ Rozumiem, że przypadną wszelkie pieniądze lub przedmioty wartościowe uzyskane przeze mnie lub należne mi od podmiotów lub obiektów wymienionych w niniejszym wniosku w wyniku zakładów dokonanych przeze mnie w okresie mojego wpisu na liście samowykluczenia.

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

- _____ Rozumiem, że jeśli zostanę zauważony w obiekcie wymienionym w tym wniosku w okresie, gdy moje nazwisko znajduje się na liście samowykluczenia, to mogę zostać aresztowany i oskarżony na mocy wszystkich obowiązujących prawami, w tym dotyczących wykroczeń zgodnie z przepisami N.Y. Penal Law Section 140.05.
- _____ Nie będę dokonywać prób wejścia do pomieszczeń podmiotów i obiektów wymienionych w niniejszym wniosku lub które mogą zostać dodane w przyszłości ani używać usług lub przywilejów dostępnych w tych podmiotach i obiektach w okresie wybranym na stronie 3. Rozumiem, że pomieszczenia kasyna komercyjnego lub obiektu oferującego gry loteryjne wideo obejmują salę gier, restauracje, hotele i inne możliwe udogodnienia.
- _____ Rozumiem i zgadzam się, że to nie stan Nowy Jork, nie Komisja ani jej pracownicy czy przedstawiciele, ani zakład licencjonowany przez stan Nowy Jork ponosi odpowiedzialność, ale ja odpowiadam osobiście za to, bym nie wchodził do pomieszczeń kasyna komercyjnego ani obiektu oferującego gry loteryjne wideo ani nie rejestrował się w innych zabronionych usługach hazardowych.
- _____ Przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że ten wniosek o samowykluczenie nie zwalnia mnie z długów, które zaciągnąłem przed lub w trakcie mojego okresu samowykluczenia.
- _____ Mam świadomość, że mój podpis na stronie 6 pozwala obiektom i podmiotom wymienionym powyżej na zatwierdzenie mojego wykluczenia z takich obiektów i podmiotów do czasu wygaśnięcia mojego wykluczenia.
- _____ W pełni i całkowicie rozumiem wszystkie postanowienia niniejszego wniosku o dobrowolne samowykluczenie i podpisuję go dobrowolnie i świadomie.

POUFNA I BEZPŁATNA POMOC

Biuro Wsparcia Osób Uzależnionych Stanu Nowy Jork (OASAS) zapewnia BEZPŁATNE i POUFNE wsparcie i skierowania związane ze skutkami hazardu. Usługa ta jest dostępna 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu za pośrednictwem numeru HOPEline biura OASAS.

ZAZNACZ TUTAJ, ABY PRZESZKOLONY OPERATOR HOPELINE SKONTAKTOWAŁ SIĘ Z TOBĄ NA NUMER TELEFNU PODANY POWYŻEJ. TA USŁUGA JEST CAŁKOWICIE POUFNA I BEZPŁATNA.

Możesz również uzyskać pomoc, telefonując na numer HOPEline biura OASAS:

1-877-8-HOPENY (1-877-846-7369)

Sms: HOPENY (467369)



PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

PYTANIA NIEOBOWIĄZKOWE

Wybierz rodzaj(e) hazardu, w którym(-ch) najczęściej uczestniczysz:

- Automat wrzutowy
- Książka zakładów sportowych
- Ruletka / Gry stołowe
- Blackjack
- Bakarat i inne gry karciane
- Gry pokerowe
- Gry z płytkami i gry w kości
- Terminale do loterii wideo/elektroniczne stoły do gier
- Gry loteryjne w Nowym Jorku
- Wyścigi konne
- Gry charytatywne (bingo, fantowe, perforowane kupony/szklany kloz)

PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI /PODPIS

Nazwisko literami drukowanymi: _____

Podpis: _____

Data złożenia: ___ / ___ / ___ Godzina podpisu _____ A.M./P.M. (otoczyć kółkiem jedno)

IDENTYFIKACJA FOTOGRAFICZNA

Wszystkie wnioski muszą zawierać fotografię. Zdjęcia muszą mieć wymiary co najmniej 2 x 2 cale i nie być większe niż 4 x 6 cali. Zdjęcia muszą być aktualne (z ostatnich sześciu miesięcy) i ukazywać całą twarz od szyi do góry. Nie są dozwolone przeciemniane okulary, czapki i nakrycia głowy. Jeśli wniosek o samowykluczenie jest wypełniany w obiekcie wymienionym na stronie 1, zdjęcie musi zostać wykonane przez członka działu bezpieczeństwa tego obiektu.

NOTARIUSZ (jeśli dotyczy)

Jeśli wniosek jest wysyłany pocztą, musi on zostać poświadczony poniżej przez należycie upoważnionego notariusza. Notarialnie poświadczone formularze ze zdjęciami mogą być przesyłane pocztą na adres New York State Gaming Commission, Director of Education & Community Relations, PO Box 7500, Schenectady, New York 12301-7500

STAN _____

HRABSTWO _____

W dniu dzisiejszym _____ (dzień) _____ (miesiąc) 20___, stawił(a) się przede mną osobiście _____ znany(a) mi jako osoba opisana w dokumencie prawnym, która wypełniła powyższy dokument oraz _____ potwierdziła wobec mnie, że _____ wypełniła tenże dokument.

Notariusz publiczny

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

INFORMACJE O TŁUMACZU USTNYM (tylko dla osób, które potrzebują tłumacza)

Osoba składająca ten wniosek wymagała pomocy tłumacza lub opiekuna prawnego w celu wypełnienia wniosku. Imię i nazwisko, adres, numer telefonu tłumacza są wymienione poniżej, a także potwierdzenie, że tłumacz w pełni i dokładnie przekazał wszystkie instrukcje wydane przez pracownika przyjmującego oraz że osoba wnioskująca o udział w programie dobrowolnego samowykluczenia (VSE) wskazała, że rozumie formularz wniosku.

Imię i nazwisko tłumacza ustnego _____

Data urodzenia (tłumacz musi mieć co najmniej 18 lat) _____

Preferowany język osoby podpisującej ten wniosek _____

E-mail _____

Telefon _____

Adres _____

Ja, _____, składać mój podpis poniżej, potwierdzam i zaświadczam, że służyłem jako tłumacz dla _____, aby pomóc tej osobie w wypełnieniu tego wniosku. Potwierdzam i zaświadczam, że w pełni i dokładnie przekazałem wszystkie instrukcje od pracownika przyjmującego weryfikującego ten wniosek. Osoba wnioskująca o wykreślenie z listy VSE poinformowała mnie, że rozumie dokument, który wyjaśniałem tej osobie, i podpisała go mając świadomość, wiedzę i zrozumienie obowiązków i konsekwencji związanych z umieszczeniem na liście VSE.

Podpis tłumacza ustnego / opiekuna prawnego: _____ Data: _____

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU OBIEKTU

Oświadczam, że zaakceptowałem ten wniosek o dobrowolne samowykluczenie ze wszystkich gier wymienionych powyżej. Zaświadczam, że poprosiłem o dokument identyfikacyjny wydany przez rząd i że sprawdziłem podany numer ubezpieczenia społecznego (SSN) i inne numery identyfikacyjne pod kątem kompletności, oraz że powyższe informacje i podpis są zgodne z informacjami zawartymi w dokumencie identyfikacyjnym, przy czym fizyczny opis i fotografia osoby w tym dokumencie są zgodne z rzeczywistym wyglądem tej osoby, z wyjątkiem przypadków określonych poniżej.

Nazwa obiektu: _____

Nazwisko pracownika ds. przyjmującego w obiekcie _____

Numer licencji NYS hazardowej: _____

RODZAJ DOKUMENTU IDENTYFIKACYJNEGO: _____

Wyjątki (opisane powyżej) _____

Godzina przyjęcia: _____ A.M./P.M. (otoczyć kółkiem jedno)

Podpis pracownika przyjmującego: _____ Data: _____

PROSZĘ NIE PISAĆ PONIŻEJ TEGO POLA – TYLKO DO UŻYTKU