

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN VOLUNTARIA DE
MAGIC CITY CASINO

Este formulario debe ser completado por una persona que solicite la auto-exclusión de las actividades de juego en West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino.

Toda la información contenida en este formulario es confidencial.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA IMPRIMIDA LAS RESPUESTAS A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN LOS ESPACIOS PROPORCIONADOS

1. NOMBRE:

APELLIDO (INCLUYA SR., JR., ETC., SI CORRESPONDE)	PRIMER	SEGUNDO
---	--------	---------

2. ¿SE LE CONOCE POR ALGÚN OTRO NOMBRE O NOMBRES? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO, ENUMERE LOS NOMBRES ADICIONALES A CONTINUACIÓN (INCLUYA NOMBRE DE SOLTERA, ALIAS, APODOS O CUALQUIER OTRO NOMBRE)

3. DIRECCION DE CASA:

NÚMERO Y CALLE	APT#
----------------	------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
--------	--------	---------------

4. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: _____

CÓDIGO DE ÁREA + NÚMERO

5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*: _____

**DIVULGAR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ES VOLUNTARIO.*

6. # DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____

7. FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____

MES DÍA AÑO

8. ALTURA: _____ 9. PESO: _____ 10. SEXO: _____

11. COLOR DE PELO: _____ 12. COLOR DE OJOS: _____ 13. RAZA/ETNIA: _____

14. OTRAS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS: _____

(TATUAJES, MARCAS DE NACIMIENTO, SI CORRESPONDE)

15. TIPO DE VEHÍCULO: _____ 16. # DE PLACA: _____

17. PERÍODO MÍNIMO DE AUTOEXCLUSIÓN (Marque uno):

UN AÑO DOS AÑOS CINCO AÑOS DE POR VIDA

RENUNCIA Y PUBLICACIÓN

Por la presente libero para siempre a West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino y sus empleados y agentes de cualquier responsabilidad hacia mí y mis herederos, administradores, ejecutivos y cesionarios por cualquier daño, monetario o de otro tipo, que pueda surgir de, o por cualquier razón, acto o omisión relacionado con esta solicitud de auto-exclusión o mi solicitud de quitar de la Lista de autoexclusión, incluido (1) su procesamiento o re esfuerzo, (2) permitiéndome participar en actividades de juego en el establecimiento con licencia mientras está en la lista de personas auto-excluidas, y (3) divulgación de información contenida en la solicitud o lista de auto-exclusión, excepto por una divulgación intencionalmente ilegal de dicha información.

RECONOCIMIENTO

Entiendo inglés o un intérprete me leyó y explico este formulario

(Idioma)



Estoy solicitando voluntariamente la exclusión de todas las actividades de juego en West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino porque soy un jugador problemático. Certifico que la información que proporcioné anteriormente es verdadera y precisa, y que he leído, entiendo y acepto la renuncia y publicación incluidas con esta solicitud de auto-exclusión.



Soy consciente de que mi firma a continuación autoriza a West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino ordenar a sus empleados y agentes que restrinjan mis actividades de juego de acuerdo con esta solicitud y, a menos que haya solicitado ser excluido de por vida, hasta el momento en que el centro elimine mi nombre de la lista de auto-exclusión en respuesta a mi solicitud por escrito para terminar mi auto-exclusión voluntaria. Soy consciente y acepto que durante cualquier período de auto-exclusión, no cobraré ninguna ganancia ni recuperaré ninguna pérdida que resulte de ninguna actividad de juego en los establecimientos, y que cualquier dinero o cosa de valor que obtenga de mí o que me deba a, West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino como resultado de las apuestas realizadas por mí mientras estaba en la lista de auto-exclusión estarán sujetas a pérdida.



Entiendo que, si entro al establecimiento de juego, voy a ser escoltado de la propiedad y seré sujeto a cargos por traspasar.



Entiendo completamente que ultimadamente la responsabilidad de limitar mi acceso al establecimiento de juego es mía sola.

He leído y entendido las Instrucciones y Solicitud de Exclusión Voluntaria de West Flagler Associates, Ltd. d/b/a Magic City Casino.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

=====

NO ESCRIBA ABAJO-----PARA WEST FLAGLER ASSOCIATES, LTD. SOLO USO PERSONAL

=====

TIPO Identificación OFRECIDO: _____

Certifico que la firma de la persona que solicita la suspensión de sus privilegios de juego parece coincidir con la que figura en las credenciales de identificación anteriores, y cualquier descripción física o fotografía de la persona parece coincidir con su apariencia real.

FECHA