

PROGRAMA DE AUTOEXCLUSIÓN DE LAS SALAS DE JUEGO

Definición: La Autoexclusión constituye una herramienta de acompañamiento al tratamiento de los trastornos adictivos relacionados con los juegos de azar.

El Objetivo: Brindar ayuda a aquellas personas que voluntariamente deciden excluirse a sí mismas de ingresar y permanecer en las Salas de Juego bajo jurisdicción de Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. -CASINO BUENOS AIRES e HIPÓDROMO ARGENTINO DE PALERMO-, y en las Salas de Juego ubicadas en las jurisdicciones con las cuales Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. haya celebrado convenios a fin de aplicar el presente Programa.

Sujetos comprendidos: Está dirigido a toda persona que de manera voluntaria considere de su interés no participar en los juegos de azar, y autorice que rechacen su ingreso a las Salas de Juego a través de la suscripción del formulario de Solicitud de Autoexclusión.

Las solicitudes de Autoexclusión representan el compromiso de no ingresar ni permanecer en las Salas de Juego objeto del presente Programa.

El trámite de autoexclusión será acompañado por una encuesta anónima autoadministrable, a completar por quien tramita, con fines estadísticos, que permite detectar aspectos que subyacen a la enfermedad.

El plazo de vigencia de la autoexclusión de las Salas de Juego es por el término de 2 (dos) años. Su vencimiento implica la caducidad de la solicitud, quedando la persona automáticamente habilitada para ingresar a dichas Salas, existiendo la posibilidad de renovarla actualizando la solicitud.

La Solicitud de Autoexclusión suscripta será irrevocable durante los primeros seis (6) meses desde que se hiciera efectiva la medida y luego de ese plazo, el solicitante deberá justificar su revocación mediante la presentación de un certificado médico que respalde su decisión

El ingreso al Programa implica la total aceptación del mismo. y el solicitante asume la responsabilidad que su ingreso al Programa conlleva. El mismo exime expresamente de toda responsabilidad a LOTERÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES S.E. y a las Salas de Juego por la ejecución del Programa. En razón de ello se le entrega una copia del presente documento.

Procedimiento: todo interesado debe completar en forma personal, en cualquiera de las Salas de Juego o en la SUBGERENCIA DE CONDUCTA DEL JUEGO de LOTERÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES S.E., el formulario de Solicitud de Autoexclusión. Asimismo debe concurrir con su D.N.I., y en el acto se le tomará una foto para adjuntar al formulario.

Por su parte, las Salas de Juego - CASINO BUENOS AIRES e HIPÓDROMO ARGENTINO DE PALERMO- tienen por obligación:

- a) Proveer el Programa de Autoexclusión, el formulario de Solicitud de Autoexclusión y la Encuesta Anónima Autoadministrable a quienes resulten interesados.
- b) Proveer al solicitante una copia de los dos (2) primeros documentos enunciados en el inciso a) del presente artículo, una vez que haya sido completado el trámite.
- c) Proveer información sobre el Programa de Orientación y asistencia implementado por la Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E.

- d) Proveer información sobre centros de atención y tratamiento de la ludopatía.
- e) Proveer el formulario de Levantamiento de Autoexclusión a aquellos sujetos autoexcluidos, que habiéndose cumplido el plazo mínimo de seis (6) meses, presenten certificado médico que respalde su decisión.
- f) Labrar Acta de Detección en cada ocasión de incumplimiento del compromiso asumido por el autoexcluido.
- g) Notificar a la Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. sobre todas las Actas labradas y los formularios de autoexclusión realizados en dichas salas.
- h) Dar cumplimiento al presente Programa.

Con respecto a las notificaciones:

La SUBGERENCIA DE CONDUCTA DEL JUEGO de LOTERÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES S.E. notificará a las Salas de Juego sobre los formularios de Solicitud de Autoexclusión y de levantamiento de Autoexclusión que confeccione en sus instalaciones. Dicha notificación debe hacerse efectiva en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas a partir del momento de su suscripción, en formato digital, a través del correo electrónico corporativo. Las Salas de Juego deberán otorgarle a dicha información el tratamiento indicado en la Ley N° 25.326.

Las Salas de Juego notificarán a LOTERÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES S.E. enviando una copia de los formularios de Solicitud de Autoexclusión, de levantamiento de Autoexclusión, y las actas de detección, confeccionadas en sus instalaciones. Dicha notificación debe hacerse en formato digital (PDF), a través del correo electrónico corporativo a [conductadejuego@loteriadelaciudad.gob.ar.](mailto:conductadejuego@loteriadelaciudad.gob.ar), en un plazo de veinticuatro (24) horas a partir del momento de su suscripción.

Los datos personales que surgieren del Formulario de Solicitud de Autoexclusión, del Formulario de Solicitud de Levantamiento de Autoexclusión y del Acta de Detección, serán tratados de modo confidencial, según la Clasificación de la Información descrita en la Política de Seguridad de la Información de Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E, y de acuerdo a los parámetros de la Ley N° 25.326.

Solicitante:

Firma

.....

Aclaración y DNI

Por **LOTBA** ____ **Casino Bs As** ____ **HAPSA** ____

.....

Firma

.....

Aclaración y DNI

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTOEXCLUSIÓN N°

El Programa de Autoexclusión de Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E., está destinado a brindar ayuda a quienes deseen no ingresar a las Salas de Juego de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CASINO BUENOS AIRES e HIPÓDROMO ARGENTINO DE PALERMO-, y a aquellas Salas de Juego ubicadas en las jurisdicciones con las cuales Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. haya celebrado convenios a fin de aplicar el presente Programa.

La Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. cuenta con una línea de atención gratuita (0800-666-6006) y una red asistencia para brindarle asistencia en caso que usted desee asumir el compromiso de iniciar un tratamiento.

Declaración unilateral voluntaria:

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo las.....horas del día.....de.....del año, yo,....., con DNI N°.....,con domicilio real en calle.....N°....., con teléfono fijo (0....)-.....y/o teléfono celular (0...)-15-....., de la localidad de.....,provincia de.....; manifiesto voluntariamente que no ingresaré a ninguna sala de juego bajo jurisdicción de Lotería de la Ciudad de Buenos Aires SE ni a aquellas Salas de Juego ubicadas en las jurisdicciones con las cuales Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. haya celebrado convenios a fin de aplicar el presente Programa, durante el plazo de dos (2) años. Solicito se me prohíba el ingreso y permanencia en dichas salas.

Asimismo, expreso:

Que considero tener un problema en mi relación con el juego, que deseo no participar en Juegos de Azar y que por ello tramito mi autoexclusión voluntaria.

Que la autoexclusión sea durante el plazo de 2 (dos) años a partir de la firma del presente, y que en caso de optar por extender el plazo de exclusión deberé suscribir una nueva solicitud al momento del vencimiento de la presente.

Que si intentara o lograra ingresar a cualquier sala de juego, autorizo se requiera mi retiro del establecimiento y se deje constancia de mi presencia por medio de la firma del Acta de Detección.

Que el ingreso a cualquier sala de juego durante la vigencia del presente acuerdo importará su violación e incumplimiento.

Que me comprometo a iniciar tratamiento especializado en cualquier ámbito del sistema de salud, ya sea a través del Programa de Juego Responsable de Lotería de la Ciudad S.E., u optar por recibir asistencia en la parte privada en forma particular o por cobertura de obra social y/o servicio de medicina prepaga.

Que el ingreso al presente Programa es voluntario y resulta de mi exclusiva responsabilidad su cumplimiento, por lo cual eximo expresamente de toda responsabilidad a Lotería de la Ciudad de Buenos Aires SE y a las Salas de Juego por la ejecución y cumplimiento del Programa.

Contacto ayuda (no puede ser una persona autoexcluida):

Así mismo dejo asentado que se podrá llamar a.....en carácter de....., con número de teléfono (0...)-....., a los fines de dar aviso de mi ingreso a una sala de juego, en caso de resistirme a retirarme voluntariamente de la misma, al ser detectado por el personal del establecimiento.

Entendiendo que ingresar a este Programa no resulta una obligación, por lo que expresamente renuncio a iniciar cualquier acción legal contra Lotería de la Ciudad de Buenos Aires SE, las Salas de Juego y/o Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por violación o incumplimiento del presente. Reconozco que éstos no son responsables de las pérdidas o daños patrimoniales o espirituales, que por mí accionar, produzca a mi o a terceros.

Solicitante
Firma Aclaración y DNI

Por LOTBA ____ HAPSA ____ CASINO BS. AS ____

.....
Firma Aclaración y DNI

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE AUTOEXCLUSIÓN N°

Declaración unilateral voluntaria:

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo las.....horas del día.....de.....del año, yo,....., con DNI N°.....,con domicilio real en calle.....N°....., con teléfono (0....)-....., de la localidad de....., provincia de.....; solicito voluntariamente que se levante mi Autoexclusión, Solicitud N°....., de fecha....., y se me permita el ingreso y permanencia a todas las Salas de juego bajo jurisdicción de Lotería de la Ciudad de Buenos Aires SE, y a aquellas Salas de Juego ubicadas en las jurisdicciones con las cuales Lotería de la Ciudad de Buenos Aires S.E. haya celebrado convenios a fin de aplicar el presente Programa.

Asimismo, expreso:

Que la presente solicitud es una decisión personal.

Que la misma está avalada por médico tratante, conforme certificado adjunto.

Que el ingreso y la salida del presente Programa es voluntario y resulta de mi exclusiva responsabilidad. Que renuncio a iniciar cualquier acción legal contra Lotería de la Ciudad de Buenos Aires SE, las Salas de Juego y/o el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, asumiendo que éstos no son responsables de las pérdidas o daños, que por mí accionar, produzca a mi patrimonio o al de terceros.

Datos del profesional tratante:

Apellido y Nombre.....

Tipo y Número de Documento.....

Matrícula.....

Teléfono de contacto.....

Solicitante

Firma

Aclaración

Por LOTBA ____ HAPSA ____ CASINO BS. AS ____

.....

Firma

.....

Aclaración y DNI

Encuesta Anónima Autoadministrable

Marque con una X la/s opción/es correspondiente/s		Fecha:	
Sexo	Femenino	Nivel educativo	
	Masculino		
Rango de edades	Menor de 21 años	Sin estudios	
	21-30 años	Nivel primario	
	31-40 años	Nivel secundario	
	41-50 años	Nivel terciario	
	51-60 años	Nivel universitario	
Estado Civil	Mas de 60 años	Conocimiento de la autoexclusion	
	Soltero/a		television
	Casada/o		radio
	Separado/a		vía pública gráfica
	Divorciado/a		diario / medios gráficos
Ocupación Actual	Viudo/a	internet	
	En convivencia	0800-666-6006	
	estudiante	Sala de juegos	
	profesional	147	
	ejecutivo	eventos	
	comerciante	comunas	
	empleado	otros	
	docente	Antigüedad en el juego de azar	
	oficio		1 año
	taxista		de 1 a 2 años
ama de casa	de 3 a 4 años		
desocupado	de 5 a 6 años		
Preferencia de juego	jubiado/ pensionado	de 7 a 8 años	
	Otro	de 9 a 10 años	
	Bingo	más de 10 años	
	Tragamonedas	Ns/Nc	
	Ruleta electrónica	Frecuencia de Juego	
	Carreras de caballos		una vez al mes
	Juegos de cartas		más de 1 veces al mes
	Ruleta	una vez a la semana	
	Juegos de agencia	más de una vez a la semana	
Apuestas deportivas	toda la semana		
Juegos Online	otro		
Otros	¿Consume alguna/s sustancia/s? ¿Cuál/es?		
Para jugar...		...prefiere jugar sólo	tabaco
		...le gusta estar acompañado	alcohol
Causa de juego		problemas familiares	tranquilizante
		desesperanza	estimulante
	fallecimiento / duelo	marihuana / cannabis	
	soledad	éxtasis	
	nido vacío	cocaina/pasta base/paco	
	diversión	Medicación psiquiátrica	
	curiosidad	Otra	
	problemas económicas	Espacio para su opinión, comentario y/o sugerencia:	
separación			
otro			
¿Está actualmente en tratamiento?	No		
	Si. Grupo de autoayuda		
	Si. Psicoterapia individual		
	Si. Psicoterapia grupal		
	Si. Psicoterapia familiar		
¿Estuvo en el pasado en tratamiento por esta problemática?	Si. Farmacoterapia		
	No		
	Si. Psicológico		
	Si. Psiquiátrico		
	Si. Jugadores anónimos.		
	Otro		



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
"2017 Año de las Energías Renovables"

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Buenos Aires,

Referencia: programa de juego responsable

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 7 pagina/s.