



Estado de Nueva Jersey

COMISIÓN DE CONTROL DE CASINOS

Atención: Unidad de Licencias
Avenida y paseo marítimo de Tennessee
Atlantic City, Nueva Jersey 08401
(609) 441-3441

FORMULARIO DE SOLICITUD DE LICENCIA CLAVE

NOMBRE: _____

Último _____

Primeros _____

MI _____

DIRECCIÓN: _____

(No. y calle, apto., suite, n.º de carretera)

Ciudad _____

Estado _____

Código postal - +4 _____

(____) _____ - _____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
Número de teléfono de casa

Número de teléfono celular

Número de teléfono comercial

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ / _____ / _____

NÚMERO(S) DE LICENCIA CLAVE: _____

Por la presente solicito una copia de mi formulario de declaración de antecedentes personales o de un documento específico que presenté junto con mi solicitud. La información solicitada se presentó junto con mi solicitud. Indique a continuación la información solicitada (es decir, del formulario completo, copia de ciertos documentos, etc.) copia

Tabla de tarifas: \$.05 por página

NOTA: TODOS LOS ARCHIVOS SOLICITADOS DEMORARAN DE 2 A 4 SEMANAS EN SER RECIBIDOS. NOS PONDREMOS EN CONTACTO CON USTED PARA INFORMARLE SOBRE LAS TARIFAS A PAGAR.

El procesamiento de la solicitud se realizará cuando se emita un cheque o giro postal a nombre del FONDO DE CONTROL DEL CASINO. Se recibirá en la dirección indicada anteriormente la solicitud, incluyendo los últimos tres (3) dígitos de su Número de Seguro Social. Según la Ley de Privacidad, la divulgación de su número de Seguro Social es voluntaria. Si la proporciona, se utilizará para obtener y verificar la información de su licencia. Si decide no proporcionar esta información, debe solicitar el cambio personalmente en la dirección indicada anteriormente.

Fecha: _____