

BIBLIOTECA PÚBLICA DEL CONDADO DE DEKALB **Solicitud de tarjeta**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre _____
Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Número de Identificación Personal _____
Mes Día Año Seleccione un número de 4 dígitos que servirá como su contraseña.

Preferencia del votante: <input type="checkbox"/> No tengo la edad para votar (menor de 17 1/2). <input type="checkbox"/> Ya estoy inscrito para votar.	<input type="checkbox"/> Sí, quiero inscribirme para votar y soy ciudadano de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> No quiero inscribirme para votar.
--	---

Nombre del guardian _____
(El nombre del padre, la madre, o el guardian legal quien asume la responsabilidad monetaria por el uso de la tarjeta, si el solicitante es menor de 13 años.)

Correo electrónico _____

Dirección postal principal _____
Número y Calle o Apartado Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección alternativa (si es diferente) _____
Número y Calle

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono _____ - _____ - _____

Prefiero recibir noticias sobre material reservado y avisos sobre materiales atrasados por:
 teléfono correo electrónico mensajes de texto teléfono y mensajes de texto
 correo electrónico y mensajes de texto proveedor de telefonía celular _____

Quiero recibir información sobre *Los Amigos de la Biblioteca o La Fundación de la Biblioteca.* sí no
Quiero recibir boletines informativos electrónicos de la biblioteca (*DCPLink*). sí no
Quiero recibir boletines informativos electrónicos del *Centro del Libro de Georgia.* sí no

Solo para tarjetas de reemplazo:
¿Usted tiene materiales reservados en OverDrive? sí no
¿Usted tiene un saldo en su tarjeta de biblioteca para imprimir? sí no

Declaración de Responsabilidad — Su firma significa que está de acuerdo con la información que sigue:
• Yo entiendo que esta tarjeta me permite sacar materiales que se prestan, menos esos que son restringidos por tipo de tarjeta.
• Yo soy responsable por todos los materiales prestados en mi tarjeta, y pagaré por los recargos que estén asociados con mi tarjeta, incluyendo multas por materiales devueltos tarde o dañados y por materiales perdidos.
• Notificaré a la Biblioteca inmediatamente cuándo mi tarjeta se pierde, se me lo roban, o cuándo mi dirección cambia.
• Observaré todas la reglas establecidas por la Biblioteca.
• Yo entiendo que las tarjetas de biblioteca necesitan ser renovadas en persona cada dos años mostrando la tarjeta de biblioteca, una forma de identificación actual y evidencia de domicilio actual.

Firma del solicitante _____

Firma del padre/madre o gardián legal _____
(si el solicitante tiene menos de 13 años)

STAFF USE ONLY

Identification _____ Check if: ___ New card ___ Replacement ___ Name/address change

Date _____ Staff initials _____ Library card number 2 2 0 7 1 _____

Patron code ___ Basic ___ Fee ___ Group Home/Shelter ___ Baby ___ Staff ___ Temporary