

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

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre _____
Apellido(s) Nombre Inicial del segundo nombre

Preferencia del votante:
 No soy elegible o no tengo la edad para votar (menor de 17 ½). Sí, quiero inscribirme para votar y soy ciudadano(a) de los EE.UU.
 Ya estoy inscrito para votar. No quiero inscribirme para votar.

Dirección postal _____
Número y Calle o Apartado Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección residencial (si es diferente a la postal) _____
Número y Calle o Apartado Postal

Ciudad, Estado, Código Postal

Correo electrónico _____ Número de teléfono _____ - _____ - _____

Quisiera recibir avisos sobre material reservado o sobre materiales atrasados por: teléfono correo electrónico texto (marque uno)
Quisiera recibir información sobre Los Amigos de la Biblioteca o La Fundación de la Biblioteca. sí no

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

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

Sólo para tarjetas de reemplazo: ¿Tiene usted material reservado por el servicio de OverDrive? sí no
¿Tiene un saldo en su cuenta de imprenta por computadora? sí no

Información Estadística — La información siguiente se utiliza para mantener un perfil estadístico de las personas que usan la biblioteca.

Género _____
Edad 0-4 años 5-12 años 13-17 años 18-54 años 55 años o más
Idioma Principal Español Chino Coreano Inglés Japonés Vietnamita
 Otro _____

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 la Biblioteca inmediatamente cuándo mi tarjeta se pierde, se me lo roban, o cuándo mi dirección cambia.
- Observaré todas las reglas establecidas por la Biblioteca.
- Yo entiendo que las tarjetas de la biblioteca deben ser renovados en persona cada dos años.

Firma del solicitante _____

Firma del padre/madre o guardián 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 _____

B-Type B (Basic) F (Fee) G (Group Home/Shelter) I (Infant) S (Staff) T (Temporary)

B-Stats 1) AFI AMI AFC AMC AFT AMT AFA AMA AFS AMS

2) Zip Code C _____

3) LCHI LENG LJAP LKOR LOTH LSPA LVIE

4) TCC TCOL TGRP TNR TPROP TTEMP TBUS