

# SOLICITUD DE MEMBRESÍA



*Ocean County Library*  
*Conectando personas, construyendo comunidad,*  
*transformando vidas*



**Se requiere prueba de residencia para una tarjeta de la biblioteca.**

Información personal	Por favor, escriba con letra de molde	Toda su información es confidencial
----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Apellido		Nombre			Segundo nombre	Titulo	Sufijo
Dirección/Numero de Apartamento							
Ciudad		Estado		Código postal	Teléfono ( )		
Por favor marca su método preferido de notificación : Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto* Compañía de teléfono:					Correo electrónico:		
¿Quiere recibir recibos electrónicos por su correo electrónico?					Sí o No		
Contraseña (4 mínimo dígitos, 16 máximo dígitos)							
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)			Grupo de edad:				
			0-5 6-12 13-16 17 18-29 30- 54 55-64 65+				
Dirección alternativa							
Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono alternativo ( )	
Dirección de correo electrónico alternativa							
Información Opcional:							
Hembra		Váron					
Afroamericano	Asiático	Caucásico	Hispano	Americano nativo	Multiracial	Otro	

Yo acepto y obedeceré todas las reglas y los reglamentos de la Ocean County Library.

Firma \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián, si menor la edad de 17\*\* \_\_\_\_\_

Por favor, escriba con letra de molde el nombre de padre o guardian \_\_\_\_\_

\*Tarifas estándar de mensajes de texto pueden aplicar.

\*\*Los padres o guardians están responsables para las multas y tarifas de los libros y los materiales vencidas de sus menores bajo la edad de 17.

Staff Use Only ~ Barcode 23160 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Record ID \_\_\_\_\_ Initials \_\_\_\_\_ Retain Until \_\_\_\_\_