



# Ocean County Library

## Connecting People, Building Community, Transforming Lives

### SOLICITUD DE MEMBRESÍA

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		
Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)		Contraseña (4 mínimo dígitos, 16 máximo dígitos)		
Dirección alternativa				
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono alternativo ( )	
Dirección de correo electrónico alternativa				

Información Opcional									
Hembra o Váron	Grupo de edad	0-5	6-12	13-16	17	18-29	30- 54	55-64	65+
Afroamericano	Asiático	Caucásico	Hispano	Americano nativo	Multiracial	Otro			
Yo acepto y obedeceré todas las reglas y los reglamentos de la Biblioteca del Condado de Ocean.									

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 las materiales vencidas de sus menores bajo la edad de 17.