



Library-by-Mail at SJPL (圖書館郵寄服務)
Application and Certification Form
(申請表和驗證表格)

SJPL 的 Library-by-Mail 是为居住在圣何西的各年龄层的图书馆成员提供书籍和其他图书馆资料的邮寄服务。此服务仅适用于因暂时或永久性身体残疾而无法亲自到图书馆的个人。此申请表格必须完整填写。提交此申请表后，您将收到一份电子邮件认证表格。请您的认证机构填写认证表格。认证机构可以是医生、护士或社

会工作者。如果您无法填写此表格或在认证过程中需要帮助，请致电 408-808-2000 或发送电子邮件至 accessibility@sjlibrary.org，以便我们为您提供帮助。一旦 SJPL 工作人员验证了认证表格，注册即告完成。

注册完成后，图书馆工作人员将与您联系并解释图书馆邮寄服务的运作方式，如果您有疑问，或需要帮助索取资料，请 联系邮寄图书馆联络员。

请将填写完毕并签名的以下页面发送至以下地址：

San Jose Public Library
Attn: Library-by-Mail, KPRR
150 East San Fernando Street
San Jose, CA 95112

或通过电子邮件将副本发送至accessibility@sjlibrary.org。

如果您需要帮助或有任何疑问，请致电 408-808-2000 或发送电子邮件至accessibility@sjlibrary.org。

LIBRARY-BY-MAIL APPLICATION & CERTIFICATION FORM



(图书馆邮寄服务申请和认证表格认证表格)

姓名: _____ 日期: _____
姓 名
地址 _____
街道名称 公寓/单元
城市 州 邮政编码
电话: _____ 电子邮件 _____

你有SJPL 图书馆卡吗? 是 ☐ 否 ☐ 图书馆卡号: _____
如果没有, 你申请过吗? 是 ☐ 否 ☐ 认证: _____
需要协助预留图书资料 是 ☐ 否 ☐

我允许SJPL 工作人员代表我借出图书资料并记录我的借出历史, 同时理解我的个人信息将被保密。

签名: _____

为申请人的父母/监护人, 我允许SJPL 工作人员代表他们借出图书资料并记录他们的借出历史, 并理解信息将被保密。签名: _____

医生、护士或社会工作者认证本人认证

医生、护士或社会工作者认证本人认证(申请人)_____因健康、行动不便、年事已高、视力障碍、失明、身体残疾或永久或暂时丧失工作能力而无法造访图书馆。

认证人姓名:(工整书写) _____ 认证人签名: _____

如果残疾是暂时的, 请注明时间安排期限: _____

认证人地址街道地址 _____

公寓/单元# _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

_____ 电话: _____ 电子邮件 _____

: _____