



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 是為居住在聖何西的各年齡層的圖書館成員提供書籍和其他圖書館資料的郵寄服務。此服務僅適用於因暫時或永久性身體殘疾而無法親自到圖書館的個人。此申請表格必須完整填寫。提交此申請表後，您將收到一份電子郵件認證表格。請您的認證機構填寫認證表格。認證機構可以是醫生、護士或社會工作者。如果您無法填寫此表格或在認證過程中需要幫助，請致電 408-808-2000 或發送電子郵件至accessibility@sjlibrary.org，以便我們為您提供幫助。一旦 SJPL 工作人員驗證了認證表格，註冊即告完成。

註冊完成後，圖書館工作人員將與您聯繫並解釋圖書館郵寄服務的運作方式，如果您有疑問，或需要幫助索取資料，請聯繫郵寄圖書館聯絡員。

請將填寫完畢並簽名的以下頁面發送至以下地址：

San Jose Public Library

Attn: Library-by-Mail, KPRR

150 East San Fernando Street

San Jose, CA 95112

或通過電子郵件將副本發送至accessibility@sjlibrary.org。

如果您需要幫助或有任何疑問，請致電 408-808-2000 或發送電子郵件至accessibility@sjlibrary.org。

LIBRARY-BY-MAIL APPLICATION & CERTIFICATION FORM



圖書館郵寄服務申請和認證表格

Full Name:

姓名 _____ Date: 日期 _____

Last 姓 _____ First 名字 _____ M.I. 中間名 _____

Address:

地址 _____

Street Address 街名 _____ Apartment/Unit # 公寓號碼 _____

City 城市 _____ State 州 _____ ZIP Code 郵遞區號 _____

Phone: 電話 _____ Email 電郵地址 _____

Do you have a SJPL library card?

你有 SJPL 圖書館卡嗎？

YES 是 NO 否

☐☐

Card number: 卡號 _____

If no, have you applied for one?

如果沒有，你申請了嗎？

YES 是 NO 否

☐☐

確認：_____

Confirmation: _____

I will need assistance placing holds

我需要幫助預約資料

YES 是 NO 否

☐☐

I give permission for SJPL staff to check out materials on my behalf and record my checkout history with the understanding that my information will be kept confidential. **Signature:** _____

我允許 SJPL 工作人員代表我借出資料並記錄我的借閱歷史，但我理解我的信息將被保密。簽名：

As parent/guardian of the applicant, I give permission for SJPL staff to check out materials on their behalf and record their checkout history with the understanding that the information will be kept confidential. **Signature:** _____

作為申請人的父母/監護人，我允許 SJPL

工作人員代表他們借出資料並記錄他們的借閱歷史記錄，並理解這些信息將被保密。簽名：_

I certify that _____ is physically unable to visit the library due to health, mobility, advanced age, visual impairment, blindness, physical disability or permanent or temporary incapacity.

我證明 _____ 由於健康、行動不便、高齡、視力障礙、失明、身體殘疾或永久或暫時喪失工作能力而無法造訪圖書館。

Certifier's name (print): _____ Certifier's Signature: _____

證明人姓名（印刷體）

證明人簽名

If disability is temporary, please indicate length _____

如果殘疾是暫時的，請註明時間長度

Certifiers Address:

認證機構地址：

Street Address 街道地址 *Apartment/Unit #*
公寓號碼

City 城市名 *State* 州 *ZIP Code* 郵遞區號

Phone:

電話

Email

電子郵件：