

**Library-by-Mail at SJPL (Biblioteca Por Correo en SJPL)**  
**Formulario de solicitud y certificación**



Library-by-Mail de SJPL proporciona libros y otros materiales de la biblioteca a los miembros de la Biblioteca Pública de San José de todas las edades que viven en la Ciudad de San José. Este servicio es solo para personas que no pueden visitar la biblioteca debido a una discapacidad física temporal o permanente. Esta solicitud debe completarse en su totalidad. Después de enviar esta solicitud, se te enviará por correo electrónico un formulario de certificación. Comparte el formulario de certificación con tu autoridad certificadora para completarlo. Una autoridad certificadora puede ser un médico, una enfermera o un trabajador social. Si no puedes completar este formulario o necesitas ayuda con el proceso de certificación, comunícate con nosotros al 408-808-2000 o a [accessibility@sjlibrary.org](mailto:accessibility@sjlibrary.org) para que podamos ayudarlo. La inscripción se completa una vez que la certificación es verificada por el personal de SJPL.

Cuando se complete la inscripción, el personal de la biblioteca se comunicará contigo y te explicará cómo funciona el servicio de Library-by-Mail (Biblioteca por correo), incluida la forma de comunicarte con un corresponsal de la Biblioteca si tienes preguntas o para obtener ayuda para solicitar materiales.

Por favor, envía la siguiente página debidamente completada y firmada a la siguiente dirección:

**San Jose Public Library**

**Attn: Library-by-Mail, KPRR**

**150 East San Fernando Street**

**San Jose, CA 95112**

O envía una copia por correo electrónico a: [accessibility@sjlibrary.org](mailto:accessibility@sjlibrary.org).

Si necesitas ayuda o tienes alguna pregunta, llama al 408-808-2000 o envía un correo electrónico a: [accessibility@sjlibrary.org](mailto:accessibility@sjlibrary.org).

# FORMULARIO DE SOLICITUD Y CERTIFICACIÓN DE Library-by-Mail (BIBLIOTECA POR CORREO)



Nombre

Completo:

Apellido \_\_\_\_\_ Iniciales del \_\_\_\_\_  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección:

Nombre y Número de la Calle \_\_\_\_\_ Apartamento/ # de Unidad \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono:

Correo  
electrónico \_\_\_\_\_

¿Tienes una tarjeta de biblioteca SJPL?

SI  NO

Número de  
Tarjeta: \_\_\_\_\_

Si no tienes ¿Has aplicado a una?

SI  NO

Confirmación: \_\_\_\_\_

Necesitaré ayuda para reservar materiales

SI  NO

Doy permiso para que el personal de SJPL procese los materiales en mi nombre y registre mi historial de préstamo con el entendimiento de que mi información se mantendrá confidencial. **Firma:** \_\_\_\_\_

Como padre / tutor del solicitante, doy permiso para que el personal de SJPL procese los materiales en su nombre y registre su historial de préstamo con el entendimiento de que la información se mantendrá confidencial.

**Firma:** \_\_\_\_\_

## Para ser certificado por un médico, enfermera o trabajador social

Yo, certifico que \_\_\_\_\_ es físicamente incapaz de visitar la biblioteca debido a la salud, movilidad, edad avanzada, discapacidad visual, ceguera, discapacidad física o incapacidad permanente o temporal.

Nombre del Certificador (impreso): \_\_\_\_\_ Firma del Certificador: \_\_\_\_\_

Si la discapacidad es temporal, indique el período \_\_\_\_\_

Dirección del

Certificador:

Nombre y Número de la Calle

Apartamento/# de Unidad

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono :

Correo  
Electrónico: \_\_\_\_\_