



LIBRARY CARD APPLICATION

طلب الحصول على بطاقة المكتبة

Please fill out, print, sign, and bring in to any
Dearborn Public Library location
الرجاء ملء الطلب، طباعته، التوقيع عليه وإعادته إلى أي موقع من
مواقع مكتبة ديربورن العامة

Library use only **Barcode**
استخدام المكتبة فقط **الباركود**
Resident 1 _____
المقيم
TLN 5 _____

PLEASE PRINT: (Information Will Be Confidential and is for Library Use Only) (الرجاء كتابة: (ستكون المعلومات سرية ومخصصة لغرض استخدام المكتبة فقط)

Library Card for _____
بطاقة المكتبة لـ _____
Last الشهرية _____ First الإسم الأول _____ Middle Initial الحرف الأول
من إسم الأب

Mailing Address _____
العنوان البريدي _____
Number/Street الرقم/الشارع _____ Apt./Suite الشقة/الجناح _____ City المدينة _____ State الولاية _____ Zip الرمز البريدي _____

Home Address _____
(if different than mailing)
عنوان المنزل _____
(إذا كان مختلفًا عن العنوان البريدي)
Number/Street الرقم/الشارع _____ Apt./Suite الشقة/الجناح _____ City المدينة _____ State الولاية _____ Zip الرمز البريدي _____

Email Address _____
البريد الإلكتروني _____

(_____) _____ (_____) _____
Area Code **Area Code**
رمز المنطقة رمز المنطقة

Date of Birth _____
تاريخ الميلاد _____
mm/dd/yyyy
شهر/يوم/سنة

PIN _____
الرقم السري

Suggested Youth: Birthday mm/dd
مقترح الشباب يوم الميلاد الشهر/اليوم
Adult: Last 4 digits of phone
البالغ آخر 4 أرقام من رقم الهاتف

Driver's License # / State ID (if applicable) _____
رقم رخصة القيادة / هوية الولاية (إن وجدت)

Social Security # _____
رقم الضمان الإجتماعي
(Optional) Last 4 digits only
(اختياري) آخر 4 أرقام فقط

I will accept responsibility for all materials borrowed on this library card and for any charges that may accrue. I agree to abide by the rules and policies of the Dearborn Public Library. I understand that access to any material or service is not restricted by age.
سوف أتحمل المسؤولية عن جميع المواد المستعارة على بطاقة المكتبة هذه وكذلك عن أي تكاليف قد يستوجب دفعها. أوافق على الالتزام بقواعد وسياسات مكتبة ديربورن العامة. أفهم أن الوصول إلى أي مادة أو خدمة ليس مقيداً بالعمر.

Cardholder Signature: _____
توقيع حامل البطاقة _____
Signature التوقيع

(If cardholder is under 18, sign here and COMPLETE OTHER SIDE) (إذا كان عمر حامل البطاقة أقل من 18 عامًا، فوقع هنا وأكمل ملء الجانب الآخر)

Parent/Legal Guardian Signature: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي القانوني _____
Signature التوقيع

FOR LIBRARY USE ONLY لاستخدام المكتبة فقط

(BType) Borrower Loan Type
_____ PNP (not paid) _____ SPecial
_____ NR (paid) _____ HBound
_____ TLN _____ STaff

Stat Class #1
M _____
F _____

Stat Class #2
_____ RESident _____ NRPaid
_____ NRSstudent _____ NRFamily
_____ NREmployee _____ NRTaxpayer
_____ NRHeights _____ NRCcompliment
_____ TLN Borrower
Registered by _____
Date _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN FOR APPLICANTS UNDER 18

ولي الأمر/الوصي القانوني للمتقدمين بالطلب الذين تقل أعمارهم عن 18 عامًا

Release of Minor Child's Library Record

الإفراج عن سجل المكتبة الخاص بالطفل القاصر

Public Act 188 of 1996 was signed into law to amend the Michigan Library Privacy Act. This Act allows the library to release library records of minor children, if we have received the written consent of the person or persons liable for any charges and for return of the child's library materials.

What this means to a Parent or Guardian:

When you ask to check your child's record, the library will require a picture ID for identification. If your request is by telephone, you will need to know the child's library card number and other identifying information.

تم توقيع القانون العام رقم 188 لعام 1996 ليصبح قانوناً لتعديل قانون خصوصية المكتبة في ميشيغان. يسمح هذا القانون للمكتبة بإصدار سجلات مكتبة للأطفال القصر، إذا تلقينا موافقة خطية من الشخص أو الأشخاص المسؤولين عن أية رسوم وعن إعادة مواد مكتبة الطفل.

ماذا يعني هذا لولي الأمر أو الوصي:

عندما تطلب التحقق من سجل طفلك، ستطلب المكتبة معرف صورة لتحديد الهوية. إذا كان طلبك عبر الهاتف، فستحتاج إلى معرفة رقم بطاقة مكتبة الطفل ومعلومات التعريف الأخرى.

Name of minor child:

إسم الطفل القاصر

Last الشهرة First الاسم الأول Middle Initial الحرف الأول من إسم الأب

Child's date of birth:

تاريخ ميلاد الطفل

mm/dd/yyyy

شهر/يوم/سنة

I hereby declare that: بموجب هذا المستند، أعلن:

1. I am the [] of the above named child; and
أنني [] الطفل المذكور أعلاه؛ و
2. I accept full responsibility for return of library materials checked out by the above-named child, as well as liability for payment for the child's overdue fines and damaged or lost materials; and
أنتي أقبل تحمّل المسؤولية الكاملة عن إعادة مواد المكتبة التي فحصها الطفل المذكور أعلاه، وكذلك مسؤولية دفع الغرامات المتأخرة على الطفل والغرامات عن المواد التالفة أو المفقودة؛ و
3. I give additional consent to:
أنتي أمنح موافقة إضافية إلى

1) First Name [] Relation to minor: []
الاسم الأول [] العلاقة بالقاصر []

2) First Name [] Relation to minor: []
الاسم الأول [] العلاقة بالقاصر []

Print/type name:

أكتب/اطبع الإسم

First Name
الاسم الأول

Date:

التاريخ

mm/dd/yyyy

شهر/يوم/سنة

Witness الشاهد

Signature:

التوقيع

Library employee

موظف المكتبة

Date:

mm/dd/yyyy

شهر/يوم/سنة