

LA BIBLIOTECA PÚBLICA DE NUEVA YORK  
LAS SUCURSALES

Libros por Correo  
The New York Public Library  
Mid-Manhattan Library  
5 East 39th Street  
New York, NY 10016

## SOLICITUD PARA LIBROS POR CORREO

Bienvenidos al servicio de Libros por Correo de La Biblioteca Pública de Nueva York. Este servicio le permite prestar y regresar materiales a la biblioteca por correo y está disponible para personas con impedimentos de todas las edades que viven en **Manhattan, El Bronx y Staten Island**.

Libros por Correo es sólo para personas que no pueden salir de sus hogares. Si su impedimento es temporal podrá inscribirse por el tiempo que califique. Por favor llene el siguiente formulario, y obtenga la firma de su doctor, enfermera o trabajador(a) social. También podrá elegir los primeros pedidos de libros o videos de su interés al dorso de este formulario.

Tan pronto encontremos llenar sus selecciones le enviaremos los materiales con todos los costos de envío pagados. Podrá prestar los libros y grabaciones por cinco semanas y los videos por dos semanas. Para devolver los materiales simplemente reempáquelos en el mismo bolso enviado.

La biblioteca hará todo lo posible para llenar su pedido. Si el material deseado no está disponible, se le notificará.

### Por favor tome nota:

1. Libros, videos y cassettes están disponible a través de este servicio.
2. Nos reservamos el derecho de enviarle libros de tapa dura o de bolsillo.
3. Pedidos de títulos nuevos puede resultar en una espera más larga.

Si necesita ayuda llame al teléfono (212) 621-0564 (Voz) o al (212) 621-0553 (TTY) y deje un breve mensaje en nuestro contestador automático de 24 horas. Deje su nombre y número de teléfono y un voluntario de la biblioteca le contestará su llamada. Favor de darnos la siguiente información.

### En letra de Molde:

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO ( ) \_\_\_\_\_  
Primer Apellido

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
Número Calle Apt. #

CONDADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### LO SIGUIENTE DEBE SER LLENADO POR UN DOCTOR, UNA ENFERMERA O TRABAJADORA SOCIAL:

Yo considero a \_\_\_\_\_ incapacitado para viajar a la biblioteca.

FIRMA \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO ( ) \_\_\_\_\_ AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

Si la incapacidad es temporánea diga por cuanto tiempo. \_\_\_\_\_

