



Washington County
Cooperative Library Services

Library Card Application

Welcome to the libraries of Washington County!

Free Washington County Cooperative Library Services (WCCLS) library cards are available to residents and property owners in Washington County. Through special agreement, a free card is also available to residents of neighboring counties of Multnomah, Clackamas (excluding Johnson City), Hood River, and the Fort Vancouver Regional Libraries in Washington State (Clark, Klickitat, and Skamania counties), plus the City of Camas. Oregon residents who have a library card from a participating Passport Program library can also get a free library card at WCCLS.

Those who live outside these borrowing areas may pay an annual fee for a WCCLS card.

To apply: 1. Complete the application below. 2. Present photo ID and proof of residential address. (See <https://www.wccls.org/types-library-cards> for additional information that may be required.)

Please print

Full Name: _____
(last) (first) (middle)

Address: _____
(street with unit #) (city) (state) (zip)

Mailing Address: _____
(if different) (street with unit #) (city) (state) (zip)

Email Address: _____ @ _____ . _____ Phone: () _____ - _____
(used for notices and other library information)

Notification Preference: Email Phone Text Email & Text Mobile Provider: _____
(if text)

Date of Birth: ____/____/____ Driver's License/State Issued ID Number: _____
(month/day/year) (provide parent's # for minors who don't have their own DL or ID card)

Password for Library Account will default to the last four digits of your phone number.

By completing this application, I accept full responsibility for the use of this card and for payment of fines or fees charged to it. I will give immediate notice to the library of change of address or loss of card.

(Only for applicants younger than 18)

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

Are you interested in volunteering? Yes No

STAFF USE Date: _____ Initials: _____ Stat Class: _____ Library BC#: _____

Parent Letter Needed: Yes No Letter Given/Mailed: Yes No Done: _____ Other: _____



Solicitud de tarjeta de biblioteca

¡Bienvenido/a a las bibliotecas del condado de Washington!

Las tarjetas de los Servicios de Bibliotecas Cooperativas del Condado de Washington (WCCLS) se encuentran disponibles para los residentes y propietarios del condado de Washington. Por un acuerdo especial, también pueden obtener una tarjeta sin costo los residentes de los condados vecinos de Multnomah, Clackamas (excepto Johnson City), Hood River, y las bibliotecas de Fort Vancouver Regional Libraries del estado de Washington (condados de Clark, Klickitat y Skamania), además de la ciudad de Camas. Los residentes de Oregón que posean la tarjeta de una biblioteca que participe del Programa Passport también pueden obtener la tarjeta de WCCLS de manera gratuita.

Aquellos que no vivan en las áreas mencionadas, pueden abonar una cuota anual para obtener la tarjeta de WCCLS.

Para solicitarla: 1. Complete el siguiente formulario. 2. Presente una identificación con foto y una prueba del domicilio residencial. (Para obtener más información sobre requisitos adicionales, visite <https://www.wccls.org/types-library-cards>)

Imprimir

Nombre completo: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Domicilio: _____
(Calle y N°) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección postal: _____
(Si es diferente) (Calle y N°) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Dirección de correo electrónico: _____ @ _____ . _____

Teléfono: () _____ - _____
(Para recibir avisos e información sobre la biblioteca)

Medio de preferencia: Correo electrónico Teléfono Mensaje de texto
 Correo electrónico y mensaje de texto

Empresa de telefonía móvil: _____ (Si elige mensaje de texto)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (Mes/día/año)

Licencia de conducir/N° de identificación emitida por el estado: _____
(Del padre/de la madre si es un menor sin licencia de conducir ni identificación)

La contraseña para la cuenta de la biblioteca se predeterminará con los últimos cuatro dígitos de su número de teléfono.

Al completar este formulario, asumo la responsabilidad total del uso de esta tarjeta y del pago de las multas o los cargos que implique. Notificaré de inmediato a la biblioteca en caso de cambios en el domicilio o pérdida de la tarjeta.

(Solo para solicitantes menores de 18 años)

Nombre del padre/de la madre/del tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____

¿Le interesa ofrecerse como voluntario? Sí No

STAFF USE Date: _____ Initials: _____ Stat Class: _____ Library BC#: _____

Parent Letter Needed: Yes No Letter Given/Mailed: Yes No Done: _____ Other: _____