

## Solicitud para PHL City ID

**Tenga en cuenta que:** la información que proporcione en esta solicitud se utilizará únicamente con el fin de solicitar una identificación de ciudad de Filadelfia (PHL City ID). El Programa de Identificación Municipal mantendrá solo el registro del nombre y apellido del solicitante, la fecha de nacimiento, el número de identificación municipal, la fecha de emisión de la tarjeta, la fecha de vencimiento de la tarjeta y los puntos asociados con los documentos presentados para demostrar la identidad. La Ciudad de Filadelfia mantendrá toda la información proporcionada por el solicitante de manera confidencial en la máxima medida permitida por la ley.

Tipo de Solicitud						
<b>Nuevo solicitante</b> \$10	<b>Reemplazo PHL City ID</b> \$10	<b>Extraviado</b> \$10	<b>Robado</b> \$10	<b>Actualización PHL City ID</b> \$10	<b>Menores 13-17 y/o</b> \$5	<b>Adultos mayores 65 y/o</b> Free
PHL City ID #:						

### Información del Aplicante Método de Pago

Cash  Giro postal  Sin pago

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Nombre Inicial Apellidos Sufijo*

¿Es este tu nombre legal?  SI  NO Si es no, ¿cuál es tu nombre legal? \_\_\_\_\_

Genero  Masculino  Femenino  Ninguno No designado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Número y nombre de la Calle: Nro. Apartamt*

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

### Idioma

Idioma preferencial (si no es Ingles): \_\_\_\_\_

**Donación de órganos y tejidos: ¿Desea donar sus órganos y tejidos para un trasplante? Para documentar su decisión debe registrarse como donante de órganos, visite: <https://donatelifepa.org/> (OPCIONAL)**

SI

NO

**Designación de Veterano**

SI

Documento: \_\_\_\_\_

NO

**Emergencia /Información Medica/Alergia**

**Nombre de contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Debido al espacio limitado en la identificación de la ciudad (PHL City ID), es posible que no podamos incluir más de dos (2) afecciones médicas o alergias en la identificación de la ciudad (PHL City ID).

Presión arterial alta (HBP)	Alto				
Enfermedad renal crónica	Colesterol	Diabetes	Artritis	Asma	
Discapacidad auditiva	Enfermedad del corazón	COPD	Stroke	Autismo	
	Discapacidad visual	Demencia	Alzheimer's	Otros	

**Alergias:** \_\_\_\_\_

**Free Library of Philadelphia**

Si ya tiene una Tarjeta gratuita de la Biblioteca de Filadelfia y desea que se integre en su identificación de PHL City ID, debe presentar su tarjeta de la Biblioteca de Filadelfia durante el proceso de impresión de la Identificación de la Ciudad (PHL City ID). Si no tiene su tarjeta, se le proporcionará un nuevo número y puede sincronizar las cuentas en cualquier sucursal de Free Library of Philadelphia. Si no tiene una cuenta existente, se le proporcionará un nuevo número de tarjeta de Free Library of Philadelphia con la identificación de la ciudad (PHL City ID). **Free Library of Philadelphia card Number** \_\_\_\_\_

**Responsabilidad y firma**

*Certifico bajo pena de perjurio que soy residente de la Ciudad de Filadelfia y que todas las declaraciones establecidas en esta solicitud de PHL City ID son verdaderas y correctas según mi conocimiento y entendimiento. Además, certifico que anteriormente solicité y recibí una tarjeta de identificación de PHL City ID, que la tarjeta original se perdió, fue robada o caducó.*

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