



**CITY OF IRWINDALE
RESIDENT IDENTIFICATION CARD
APPLICATION**

For Official Use Only
Applicant Last Name : _____
Applicant First Name : _____

PLEASE PRINT CLEARLY

APPLICANT INFORMATION		
LAST NAME/APPELLIDO	FIRST NAME/PRIMER NOMBRE	MIDDLE NAME/SEGUNDO NOMBRE
ADDRESS/DOMICILIO		
SSN/NUMERO DEL SEGURO SOCIAL		DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO
TELEPHONE/TELEFONO		

INSURANCE INFORMATION			
(Includes any State or Federal Insurance Program, e.g. Healthy Families etc.)			
PRIMARY INSURANCE		SECONDARY INSURANCE	
INSURED NAME/NOMBRE DE ASEGURADO		INSURED NAME/NOMBRE DE ASEGURADO	
ADDRESS/DOMICILIO		ADDRESS/DOMICILIO	
CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO
ZIP/CODIGO POSTAL	TELEPHONE/TELEFONO	ZIP/CODIGO POSTAL	TELEPHONE/TELEFONO
SSN/NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO	SSN/NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO
EMPLOYER/EMPLEADOR		EMPLOYER/EMPLEADOR	
GROUP NO/NUMERO DE GRUPO	MEMBER ID/IDENTIFICATION DE MIEMBRO	GROUP NO/NUMERO DE GRUPO	MEMBER ID/IDENTIFICATION DE MIEMBRO
INSURANCE CO./COMPANIA DE ASEGURANA		INSURANCE CO./COMPANIA DE ASEGURANZA	

IF APPLICANT IS UNDER 18 YEARS OF AGE.
(SI SOLICITANTE ES MENOR DE 18 ANOS.)

PARENT NAME (PLEASE PRINT) (ESCRIBA NOMBRE DE PADRE)

FORM CONTINUES ON REVERSE (FORMULARIO CONTINUA AL DORSO)

Application Approved By: _____

Date Approved: _____

_____(Initial) **I agree/disagree (circle one) to allow the City of Irwindale to use the above insurance information for purposes of billing them as primary insurance provider.**

Conuerdo/no concuerdo (marque uno) en permitir la Ciudad de Irwindale utilizar la información de seguro para propósitos de facturarlos como proveedor primario de seguro.

_____(Initial) **I understand that this application will be reviewed by the City for compliance with City of Irwindale Resident ID Card Policy. Policy available upon request.**

Comprendo que esta aplicación será revisada por la Ciudad para la conformidad con el programa de identificación de residentes de la Ciudad de Irwindale. La política está disponible.

CERTIFICATION

I certify under penalty of perjury that I am a resident of the City of Irwindale, meet the requirements for a City ID, and identity, residency documents, and all statements on this application are true and correct to the best of my knowledge and belief. If I move my residence outside the City of Irwindale, the ID card will no longer be valid. If I applied for and received a City ID card before, I certify that the original card was expired, lost, stolen or destroyed. False statements are punishable under Section 118 of the Penal Code as well as other applicable statutes, up to and including immediate revocation of the City ID card. Anyone fraudulently obtaining a Resident ID card or any person allowing another to fraudulently obtain an ID card by utilizing their address will be permanently disqualified from the program.

Certifico bajo pena de perjurio que soy un residente de la Ciudad de Irwindale, tengo los requisitos necesarios para una identificación de la Ciudad, y para la identidad, documentos de residencia, y todas declaraciones en esta aplicación son verdad y correcto a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Si muevo mi residencia fuera de la Ciudad de Irwindale, la tarjeta de identificación no es válida. Si antes solicité y recibí una tarjeta de identificación de la Ciudad, yo certifico que la tarjeta original fue expirada, perdida, robada o destruida. Las declaraciones falsas son punibles bajo Sección 118 del Código Penal así como otras estatuas aplicables, hasta inmediata revocación de la tarjeta de identificación de la Ciudad. Cualquier persona obteniendo fraudulentamente una identificación de la Ciudad, o a cualquier persona que permiten otro obtener fraudulentamente una identificación de la Ciudad utilizando su dirección, permanentemente será descalificada del programa.

SIGNATURE/FIRMA

PARENT SIGNATURE IF UNDER 18 YEARS OF AGE/
FIRMA DE PADRE SI MENOR DE 18 ANOS

DATE/FECHA

FOR OFFICE USE ONLY

<input type="checkbox"/> RENEWAL	<input type="checkbox"/> NEW	<input type="checkbox"/> Copy of Insurance Card	Resident Card No	_____
Primary ID (MUST BE CURRENT):	Issue Date	Expiration Date		
Proof of Residency(1)	Issued By			
Proof of Residency(2)	Cash Register Receipt No.			
Proof of Residency(3)	To Superior	Date	Time	Confirmation No.
Proof of Custodial Parent/Guardian	Card Picked Up		Paid	