



Solicitud de Membresía

La membresía con 1199SEIU no toma en cuenta raza, color, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, origen nacional, creencia y afiliación política.

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE (IMPRIMIR) _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TÉLEFONO DE CASA _____

CELULAR _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ @ _____

¿Le gustaría recibir alarmas de acción 1199SEIU en su celular (las tasas estándar de mensajería de texto aplican)? Sí No

Responder a las preguntas siguientes es voluntario y no afecta su solicitud de membresía.

Origen Étnico:

- Blanco (Caucásico) Asiático/de Islas Pacíficas
 Negro Indígena de América/Nativo de Alaska
 Latino/Hispano

Sexo:

- Masculino Femenino
 No

¿Tiene usted una discapacidad?

Sí

No

¿Es usted ciudadano/a de los EEUU?

Sí No

Si No, ¿de qué país es ciudadano/a?

Si No, ¿le interesa participar de clases sobre ciudadanía estadounidense?

Si No, ¿está registrado/a para votar?

¿Se ha unido al Fondo de Acción Política de 1199? Sí No (ver solicitud adjunta)

¿Alguna vez fue miembro de 1199?

Sí No

Si No, ¿dónde?

Desde: _____ / _____

Hasta: _____ / _____

SI Quiero unir a trabajadores del cuidado de la salud en todo el estado por una voz más poderosa a favor del cuidado de calidad, sueldos dignos y buenos beneficios. Por la presente solicito membresía con 1199SEIU United Healthcare Workers East y autorizo a mi empleador a reducir la cantidad correcta de cuotas a ser transferidas a 1199SEIU.

Por la presente acepto membresía con 1199SEIU United Healthcare Workers East y nombro a 1199 para actuar en mi nombre como agente de negociación colectiva en todo tema relacionado a las condiciones de mi empleo. Por la presente me comprometo a seguir la Constitución de 1199SEIU United Healthcare Workers East.

FECHA _____

FIRMA _____

FISCAL INTERMEDIARY:

Stavros

Cerebral Palsy of Massachusetts

North Shore Arc.

PLEASE DO NOT WRITE IN SPACE BELOW FOR MEMBERSHIP DEPARTMENT ONLY

New Employee

New Organizing

Residual Unit

ENTERED BY _____

DATE _____

MAILED BY _____

DATE _____

AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIÓN PARA CUOTAS DE UNIÓN

Usted está por la presente autorizado y dirigido a deducir una tarifa de matriculación de mis sueldos o salario, como requerido por 1199SEIU United Healthcare Workers East como condición de mi membresía, y además, a deducir mis cuotas de membresía mensuales a ser aplicado a cuotas pasadas no pagas hasta que la además, a deducir cada mes una cantidad equivalente a las cuotas de membresía mensuales a ser aplicado a cuotas pasadas no pagas hasta que la cantidad entera de cuotas pasadas no pagas hayan sido deducidas y pagadas; y a remitir todas dichas deducciones a 1199SEIU United Healthcare Workers East, 310 W. 43rd Street, New York, NY 10036, no más tarde que el décimo día de cada mes inmediatamente siguiendo la fecha de deducción, o siguiendo la fecha provista en el Acuerdo de Negociación Colectiva.

La deducción es un acto voluntario de mi parte y será irrevocable por un período de un (1) año o hasta la fecha de terminación del Acuerdo de Negociación Colectiva, cual ocurra primero, y deberá, sin embargo, renovarse de año a año a menos que avise por escrito de la revocación de esta autorización dirigida a 1199SEIU Dues and Membership Department, 310 W. 43rd Street, 7th Floor, New York, NY 10036.

FIRMA _____

FECHA _____

NOMBRE (IMPRIMIR) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ @ _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

VER AL DORSO, INFORMACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE MEMBRÉSIA 

Una Voz Política Poderosa

SI Quiero ayudar a construir una voz política poderosa para los trabajadores del cuidado de la salud, nuestras familias y nuestras comunidades. Por la presente autorizo a 1199SEIU United Healthcare Workers East a presentar este formulario de deducción voluntaria de nóminas con mi empleador para retener:

\$5/mes

\$10/mes

\$ _____ por mes

FIRMA _____

FECHA _____

NOMBRE (IMPRIMIR) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ @ _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

MI firma indica que he leído y estoy de acuerdo con los términos delineados al dorso de esta tarjeta.

COLLECTED BY (PLEASE PRINT) _____

MEMBERSHIP ID# _____

1199SEIU Mass Political Action Department at 330 West 42nd Street, 7th Floor, New York, NY 10036.

1.) Por favor escriba claramente al llenar lo que esta en blanco.

2.) Separe sobre la línea perforada.

3.) Por favor doblez la aplicación para que lo puedas entrar en el sobre.

4.) Ningún sello es requerido para enviar.



Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame al 413-788-5765.

Derechos de Membresía

La ley federal requiere que I199 notifique a los trabajadores recién contratados que un individuo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva puede elegir no ser miembro de I199, y aún así recibir los términos del acuerdo de negociación colectiva (pero no los beneficios de membresía de la unión). Si usted elige no ser un miembro, y por lo tanto renuncia a los beneficios de membresía de la unión, bajo el acuerdo de negociación colectiva su obligación se limita al pago de tarifas equivalente a la tarifa de matriculación y cuotas mensuales. Además, bajo ley federal, usted tiene el derecho de objetar a proveer apoyo financiero para apoyar actividades de la unión no vinculadas a la negociación colectiva, en cuyo caso estaría requerida a pagar una tarifa de representación equivalente a la tarifa de matriculación y cuotas reducidas proporcionalmente al porcentaje de expensas totales de la unión que no son vinculadas a la negociación colectiva. Basado en la contabilidad más reciente, la tarifa de representación es sólo el 61.3% de la cuota de unión (que equivaldrá un 1.2% de su sueldo bruto sin contar tiempo extra), o sea que para el trabajador promedio, la diferencia entre cuotas mensuales a la unión y la tarifa de representación es actualmente alrededor de \$4.00 por semana. Sin embargo, al elegir esta opción, usted renuncia a los beneficios de membresía de la unión. Si usted presenta una objeción, recibirá información reflejando las bases sobre las cuales se ha calculado la tarifa de representación y el procedimiento para desafiar estos cálculos delante de un árbitro neutro. Si usted elige no ser miembro de I199, y por lo tanto limitar su obligación al pago de tarifas equivalente a la tarifa de matriculación y cuotas mensuales, o si desea objetar a proveer apoyo financiero a actividades de la unión no vinculadas a la negociación colectiva, y por lo tanto limitar su obligación al pago de una tarifa de representación como detallado anteriormente, usted debe informar a la unión por escrito mandando un aviso de su decisión al Secretary-Treasurer, I199SEIU United Healthcare Workers East, 310 West 43rd Street, New York, New York, 10036.

Por favor incluya su nombre, dirección, número de seguro social, y note que usted está empleado como Asistente de Cuidado Personal en Massachusetts. Si objeta a proveer apoyo financiero a actividades de la unión no vinculadas a la negociación colectiva, asegúrese de que el aviso que usted mande al incluya la palabra "objeción" (u "object"), y de mandar su aviso no más tarde que 30 días después de la fecha de haber recibido este aviso.

Esta autorización está hecha voluntariamente basada en mi comprensión específica de que (1) Firmar este formulario de autorización y las contribuciones voluntarias no son condiciones de mi empleo por parte de mi Empleador o membresía con unión alguna; (2) Puedo elegir a no contribuir sin represalia alguna; (3) La contribución mensual es sólo una sugerencia, y puedo contribuir más o menos sin miedo de ventaja o desventaja por parte de I199SEIU o mi Empleador; y (4) El Fondo de Acción Política de I199SEIU Massachusetts utiliza el dinero que recibe para propósitos políticos, incluyendo pero sin limitarse a, hacer contribuciones a y expensas en nombre de candidatos para puestos federales, estatales y locales, y tratar temas políticos de importancia pública. Las contribuciones al Fondo de Acción Política de I199SEIU Massachusetts no son deducibles como contribuciones caritativas para propósitos de impuestos a las ganancias federales. La ley federal requiere que utilicemos nuestros mejores esfuerzos para compilar e informar los nombres, direcciones, ocupaciones y nombres de empleadores de individuos cuyas contribuciones excedan los \$200 en un año natural. Esta autorización se mantendrá en pleno efecto hasta ser revocado por mí por escrito al I199SEIU Massachusetts Political Action Fund, 330 W 42nd Street 7th Floor-New York, NY 10036.

To receive this information
in English, please call
877-409-1199.

Para receber esta informação
em Português, por favor chame para
877-409-1199 ext. 130.

I199SEIU

United Healthcare Workers East

La Unión de los PCA de Massachusetts

Felicitaciones y
bienvenido a I199SEIU
United Healthcare
Workers East!



Durante más de 75 años, I199SEIU ha estado ayudando a familias trabajadoras a defender sus derechos, luchando por dignidad y respeto en el lugar de trabajo. La misión de nuestra unión es mejorar las vidas de nuestros miembros y nuestras familias, y trabajar en solidaridad con la gente trabajadora en nuestras comunidades y alrededor del mundo.

Los miembros de I199SEIU son capaces de conseguir sueldos, cobertura médica, pensiones, protecciones laborales, beneficios de cuidado de niños y oportunidades educativas entre los mejores del país para trabajadores del cuidado de la salud. ¿Por qué? Porque tenemos la fuerza de más de 300.000 miembros unidos en todas las áreas de la industria del cuidado de la salud, y trabajamos juntos para obtener resultados. I199SEIU es una unión verdaderamente democrática administrada por miembros, para miembros.

El programa de PCAs es un programa esencial que permite a ancianos y personas con discapacidades permanecer en sus hogares. Todos el dinero para el programa de PCAs proviene del presupuesto estatal, sobre el cual vota la legislatura estatal en Boston. Es por eso que debemos tener un programa político fuerte, para

aseguramos de que las voces de los PCA se oigan en el congreso. Su puesto de trabajo es parte de la unidad de negociación de I199. Los empleados en este puesto, así como en puestos parecidos, han votado a favor de ser representados por I199. Desde ese entonces, las condiciones de empleo para su puesto de trabajo han sido negociados por la membresía de I199.

La membresía es muy especial. No sólo hay beneficios materiales que resultan de la membresía, pero también, como miembro de I199 usted puede participar con sus colegas de la toma de decisiones vitales que le afectan a usted y a su familia: qué aumentos de sueldo, cobertura médica y beneficios de pensión estarán en su acuerdo de negociación colectiva, y en quién usted encomienda el liderazgo de su unión. Éstas son decisiones que sólo pueden tomar los miembros de la unión. La membresía de unión también abarca la responsabilidad de ayudar a financiar los programas de la unión a través de cuotas mensuales, para asegurar la fuerza y vitalidad de la unión, que se traduce en sus niveles de sueldo y beneficios. La contribución de cuotas a la unión son actualmente 2% de su sueldo o salario.

Por favor tome un momento para repasar detalladamente la información de membresía provista en esta solicitud.

POR FAVOR REGRESE LOS MATERIALES DE MEMBRESÍA EN EL SOBRE INCLUIDO PARA QUE SEA PROCESADO

Solicitud Oficial de Membresía

