

APPLICATION FOR MEMBERSHIP

Membership in I199SEIU is without regard to race, color, sex, sexual orientation, age, disability, religion, national origin, political belief or affiliation. **Solicitud de Membresía:** La membresía con I199SEIU es sin prejuicio de raza, color, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, origen nacional, creencia y afiliación política.

NAME (PRINT) / NOMBRE (IMPRIMIR)

ADDRESS / DIRECCIÓN

CITY / CIUDAD

STATE / ESTADO

ZIP / CÓDIGO POSTAL

HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA

CELL PHONE / CELULAR

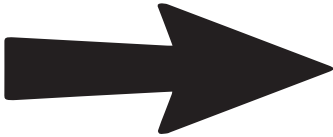
EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO

SOCIAL SECURITY NUMBER / NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

BIRTHDAY / FECHA DE NACIMIENTO

YES, I want to join healthcare workers across the state for a stronger voice for quality healthcare, living wages and good benefits. I hereby accept membership in I199SEIU United Healthcare Workers East and designate I199 to act for me as collective bargaining agent in all matters pertaining to conditions of my employment. I hereby pledge to abide by the Constitution of I199SEIU United Healthcare Workers East.

Sí, quiero unirme a trabajadores del cuidado de la salud de todo el estado por una voz más poderosa a favor de la atención médica de calidad, sueldos dignos y buenos beneficios. Por la presente acepto la membresía con I199SEIU United Healthcare Workers East y designo a I199 a actuar por mí como agente de negociación colectiva en todos los asuntos relacionados a las condiciones de mi empleo. Por la presente me comprometo a cumplir con la Constitución de I199SEIU United Healthcare Workers East.



SIGNATURE / FIRMA

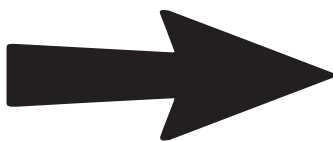
CHECK OFF AUTHORIZATION*

I hereby authorize and direct the deduction of an initiation fee from my wages or salary as required by I199SEIU United Healthcare Workers East as a condition of my membership; and in addition thereto, the deduction of my membership dues from my wages or salary, including with respect to any union dues or fees that have been previously paid in this manner; and in addition thereto, the deduction each month an amount equal to monthly membership dues to be applied to past unpaid dues until the entire amount of unpaid past dues has been deducted and paid; and the remittance of all such deductions to I199SEIU United Healthcare Workers East, 310 W. 43rd Street, New York, NY 10036 no later than the tenth day of each month immediately following the date of deduction, or pursuant to the date provided in the Collective Bargaining Agreement.

The deduction is a voluntary act on my part. This authorization may be withdrawn pursuant to M.G.L. c. 180 § 17A upon my giving at least sixty days' notice in writing of such withdrawal to the Commonwealth or its designated fiscal intermediary and my sending a copy of such withdrawal to the I199SEIU Dues and Membership Department at 310 W. 43rd Street 2nd Floor, New York, NY 10036.

Autorización por Visto:** *Por la presente autorizo y requiero la retención de un monto equivalente a la comisión de iniciación de mi sueldo o salario, como requisito de I199SEIU United Healthcare Workers East como condición de mi membresía; y además de esto, la retención de mis cuotas de membresía de mi sueldo o salario, incluyendo con respecto a cualquier cuota o comisión sindical que haya sido previamente paga de este modo; y además de esto, la retención cada mes de un monto equivalente a las cuotas mensuales de membresía, implicando también cualquier cuota pasada no paga hasta que la cantidad entera de cuotas pasadas no pagas haya sido retenida y pagada; y la remisión de todos estos montos retenidos a I199SEIU United Healthcare Workers East, 310 W. 43rd Street, New York, NY 10036 a más tardar el décimo día de cada mes inmediatamente siguiente a la fecha de retención, o siguiente a la fecha prevista en el Convenio de Negociación Colectiva.*

La retención es un acto voluntario de mi parte. Esta autorización puede ser retirada según M.G.L. c. 180 § 17A siempre y cuando yo presente al Commonwealth o a su intermediario fiscal designado un aviso por escrito con por lo menos sesenta días de antelación, y que le envíe una copia de mi retirada al I199SEIU Dues and Membership Department en 310 W. 43rd Street 2nd Floor, New York, NY 10036.



SIGNATURE / FIRMA

DATE / FECHA

NAME (PRINT) / NOMBRE (IMPRIMIR)

ADDRESS / DIRECCIÓN

CITY / CIUDAD

STATE / ESTADO

ZIP / CÓDIGO POSTAL

HOME PHONE / TELÉFONO DE CASA

CELL PHONE / CELULAR

EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO

*While contributions or gifts to I199SEIU United Healthcare Workers East are not tax deductible as charitable contributions for Federal income tax purposes, they may be tax deductible under other provisions of the Internal Revenue Code. **Si bien las contribuciones o donaciones a I199SEIU United Healthcare Workers East no son consideradas contribuciones caritativas para propósitos fiscales e impositivos, puede que sean deducibles de los impuestos bajo otras provisiones del Código de Ingresos Internos.

I 199SEIU POLITICAL ACTION FUND

The I 199SEIU Political Action Fund builds strength for healthcare and homecare workers. By uniting our voices and growing our political power, healthcare and homecare workers can be stronger advocates for our jobs and the people in our care. Elected officials make decisions that directly impact funding for our jobs and the services we provide. Together, we can elect leaders who respect healthcare and homecare workers and who honor the work that we do.

El Fondo de Acción Política de I 199SEIU crea fuerza para los trabajadores del cuidado de la salud y domiciliario. Al unificar nuestras voces y cultivar nuestro poder político, los trabajadores del cuidado de la salud y domiciliario podemos ser defensores más poderosos de nuestros trabajos y de la gente bajo nuestro cuidado. Los políticos electos toman decisiones que afectan directamente los fondos para nuestros trabajos y los servicios que proveemos. Juntos, podemos elegir a líderes que respetan a los trabajadores del cuidado de la salud y domiciliarios y que honran el trabajo que desempeñamos.

POLITICAL ACTION FUND CHECK OFF

I hereby authorize I 199SEIU United Healthcare Workers East to file this payroll deduction form on my behalf with my employer to withhold ___\$10 per month, ___\$15 per month or \$_____ per month and forward that amount to the I 199SEIU Massachusetts Political Action Fund, 330 W. 42nd St., 7th Floor, New York, NY 10036.

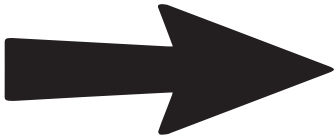
This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that (1) The signing of this authorization form and the making of these voluntary contributions are not conditions of my employment by my Employer or membership in any union; (2) I may refuse to contribute without any reprisal; (3) The monthly contribution is only a suggestion, and I may contribute more or less without fear of favor or disadvantage from I 199SEIU or my Employer, and (4) The I 199SEIU Massachusetts Political Action Fund uses the money it receives for political purposes, including but not limited to, making contributions to and expenditures on behalf of candidates for federal, state, and local offices and addressing the political issues of public importance. (5) Only union members who are US citizens or lawful permanent residents are eligible to contribute to the I 199SEIU Massachusetts Political Action Fund.

Contributions to the I 199SEIU Massachusetts Political Action Fund are not deductible as charitable contributions for federal income tax purposes. Federal law requires us to use our best efforts to collect and report the name, mailing address, occupation and name of employer of individuals whose contributions exceed \$200 in a calendar year. This authorization shall remain in full force and effect until revoked by me in writing to the I 199SEIU Massachusetts Political Action Fund at 330 W. 42nd Street, 7th Floor, New York, NY 10036.

Visto para el Fondo de Acción Política: Por la presente autorizo a I 199SEIU United Healthcare Workers East a presentar este formulario de retención de nóminas ante mi empleador, en mi nombre, para retener ___\$10 por mes, ___\$15 por mes o \$___ por mes, y transmitirle ese monto al Fondo de Acción Política de I 199SEIU Massachusetts, 330 W. 42nd St., 7th Floor, New York, NY 10036.

Esta autorización está hecha voluntariamente basada en mi comprensión específica de que (1) Firmar este formulario de autorización y hacer estas contribuciones voluntarias no son condiciones de mi empleo por mi Empleador, ni de membresía con ningún sindicato; (2) me puedo negar a contribuir sin ninguna represalia; (3) la contribución mensual es simplemente una sugerencia y puedo contribuir más o menos sin temer favor o desventaja por parte de I 199SEIU o de mi Empleador, y (4) el Fondo de Acción Política de I 199SEIU Massachusetts utiliza el dinero que recibe para propósitos políticos, incluyendo pero sin limitarse a, hacer contribuciones a y asumir expensas en nombre de candidatos para puestos federales, estatales y locales, y para tratar los asuntos políticos de importancia pública. (5) Sólo los miembros de la unión que son ciudadanos estadounidenses o residentes permanentes legales califican para contribuir al Fondo de Acción Política de I 199SEIU Massachusetts.

Las contribuciones al Fondo de Acción Política de I 199SEIU Massachusetts no son consideradas contribuciones caritativas para propósitos fiscales. La ley federal requiere que utilicemos nuestros mejores esfuerzos para recolectar y presentar el nombre, la dirección, la ocupación y el nombre del empleador de todo individuo cuyas contribuciones excedan \$200 en un año calendario. Esta autorización permanecerá en plena vigencia y efecto hasta ser revocada por mí, por escrito, al Fondo de Acción Política de I 199SEIU Massachusetts en 330 W. 42nd Street, 7th Floor, New York, NY 10036.



SIGNATURE / FIRMA	DATE / FECHA
-------------------	--------------

NAME (PRINT) / NOMBRE (IMPRIMIR)

Would you like to receive I 199SEIU action alerts on your mobile phone? (Standard text messaging rates apply) Yes No

¿Le gustaría recibir alertas de acción de I 199SEIU en su celular? (Valen las tarifas regulares de mensajes de texto) Si No

1199seiu.org/mass | Twitter: @1199mass @1199massESP | FB.com/1199SEIU.mass



FOR INTERNAL USE ONLY

Card Collected by: _____

Last Four Digits of Collector's SSN# _____