

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

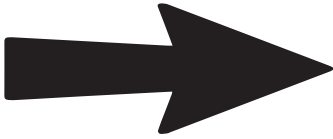
EMAIL / CORREO ELECTRÓNICO

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

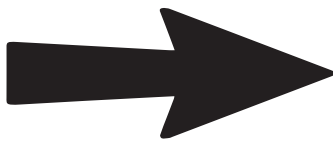
CHECK OFF AUTHORIZATION*

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.

