

**United Food & Commercial Workers International Union (UFCW)**  
**Aplicación de membresía - UFCW Local 663, Minnesota & Iowa**



|                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                                    |                                 |                            |
|-------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>NRO. SEGURIDAD SOCIAL</b>                                            |  | NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                        |                         | INICIAL SEGUNDO NOMBRE             | APELLIDO                        |                            |
| DIRECCIÓN                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                               | APT/UNIDAD #            | CIUDAD                             |                                 | ESTADO                     |
| NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR*                                             |  | *Al ofrecer mi número de teléfono celular doy mi consentimiento de recibir mensajes de texto informativos, no comerciales, en mi celular de parte de UFCW, mientras que me reservo el derecho de darme de baja de este servicio en el futuro. |                         |                                    | PRIMER NOMBRE / APODO PREFERIDO |                            |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                               |                         | FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)     |                                 | GÉNERO                     |
| NOMBRE DEL EMPLEADOR                                                    |  | # DE TIENDA                                                                                                                                                                                                                                   |                         | LOCACIÓN                           |                                 | FECHA DE INICIO (MM/DD/AA) |
| DEPARTAMENTO                                                            |  | TIEMPO COMPLETO O PARCIAL                                                                                                                                                                                                                     | SALARIO POR HORA ACTUAL |                                    | # DE EMPLEADO                   | IDIOMA                     |
| ¿YA HA SIDO PREVIAMENTE UN MIEMBRO DE UNITED FOOD & COMMERCIAL WORKERS? |  |                                                                                                                                                                                                                                               |                         | NRO. DE LOCAL PREVIAMENTE AFILIADO |                                 |                            |

Por medio del presente aplico para la membresía en United Food and Commercial Workers Union, y autorizo a mi Sindicato a representarme para fines de negociaciones colectivas.

|                                                                               |  |                                     |  |               |             |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------|-------------|
| <b>FIRMA DEL APLICANTE X</b>                                                  |  | <b>FECHA DE LA FIRMA (MM/DD/AA)</b> |  | CLASE LABORAL | # DE TIENDA |
| FIRMA DEL FUNCIONARIO EJECUTIVO DEL SINDICATO LOCAL<br><i>Matt C. Schacht</i> |  | FECHA DE AFILIACIÓN (MM/AA)         |  | TASA SALARIAL | B.A.        |

*Este Contrato y Autorización de Deducciones es un documento separado y distinto de la Aplicación de Membresía y se ha adjuntado a la Aplicación de Membresía solo por conveniencia.*

### AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIONES Y ASIGNACIÓN DE UFCW

Autorizo a la empresa para la que trabajo que tiene un contrato con el Sindicato Local de UFCW a deducir de mis salarios un monto equivalente a cualquier cuota, tasa de iniciación o tarifas conforme lo haya certificado el Secretario-Tesorero de mi Sindicato Local y a pagar ese monto a mi Sindicato.

Concedo esta autorización considerando los costos de representación, negociación colectiva y otras actividades que realiza el Sindicato por mí. Esta autorización no está supeditada a la continuación de mi membresía en el Sindicato. Esta autorización será considerada irrevocable por un período de un año a partir de la fecha de ejecución de la misma o hasta la terminación del contrato de negociación colectiva entre la empresa para la que trabajo y mi Sindicato, lo que ocurra primero, y anualmente después de esto, a menos de que, con un mínimo de treinta días y un máximo de cuarenta y cinco días de anticipación a cualquier período anual subsecuente o terminación del contrato de negociación colectiva, respectivamente, yo ofrezca a la empresa y al Sindicato mi aviso por escrito (a través de correo certificado, con solicitud de retorno de recibo) de la revocación, incluyendo mi firma en la misma. Mi Sindicato Local UFCW está autorizado a depositar esta autorización en cualquier empresa que esté en contrato con mi Sindicato, incluyendo cualquier empresa en contrato con mi Sindicato que me contrate o vuelva a contratar en el futuro. Las cuotas del Sindicato, cantidades equivalentes a estas cuotas, tasas de iniciación, tarifas, contribuciones o regalos a UFCW no son deducibles del impuesto como contribuciones caritativas. Sin embargo, pueden ser deducibles como gastos de negocios ordinarios y necesarios.

|                                                  |         |
|--------------------------------------------------|---------|
| Nombre impreso                                   | Firma X |
| Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social | Fecha   |

*Este Contrato y Autorización de Deducciones es un documento separado y distinto de la Aplicación de Membresía y se ha adjuntado a la Aplicación de Membresía solo por conveniencia.*

### AUTORIZACIÓN DE DEDUCCIONES POLÍTICAS DE UFCW

Por medio del presente autorizo a mi empleador a deducir 1\$ por semana de mi nómina como contribución al Comité del Club de Acción Política de Votación Activa UFCW. Comprendo que cualquier monto de contribución sugerida es simplemente una recomendación y que soy libre de contribuir con más o menos, y el Sindicato no actuará en mi favor o desventaja por mi decisión de no contribuir. También comprendo que tengo el derecho de contribuir o no contribuir sin represalias. Comprendo que mis contribuciones serán utilizadas para fines políticos, incluyendo el apoyo a candidatos para cargos federales, estatales o locales, y para generar consciencia sobre temas públicos. Las contribuciones al Comité del Club de Acción Política de Votación Activa UFCW no son deducibles para fines del pago de impuestos federales sobre la renta.

|                                      |                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Cantidad diferente a la sugerida: \$ | Fecha                                            |
| Firma X                              |                                                  |
| Nombre impreso                       | Últimos 4 dígitos del Número de Seguridad Social |

*Las leyes federales nos exigen hacer nuestros mejores esfuerzos para recolectar y reportar el nombre, dirección de correo, ocupación y nombre de los empleadores de individuos cuyas contribuciones superen los 200\$ en un año calendario.*