

SECTION 1. MEMBERSHIP AGREEMENT Membership in 1199SEIU is without regard to race, color, sex, sexual orientation, age, disability, religion, national origin, political belief or affiliation. **YES**, I want to join healthcare workers across the state for a stronger voice for quality healthcare, living wages, and good benefits. I accept membership in 1199SEIU United Healthcare Workers East and designate 1199 to act for me as collective bargaining agent in all matters pertaining to conditions of employment. I pledge to abide by the Constitution of 1199SEIU United Healthcare Workers East.

SIGNATURE

X

DATE

SECTION 2. CHECK OFF AUTHORIZATION* I recognize the need for a strong Union and believe everyone represented by our Union should pay their fair share to support our Union's activities. You are authorized and directed to deduct my monthly membership dues from my wages or salary as required by 1199SEIU United Healthcare Workers East as a condition of my membership; and to remit all such deductions to 1199SEIU 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. This 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 This authorization may be withdrawn pursuant to M.G.L. c. 180 § 17A upon my giving at least sixty days' notice in writing of such withdrawal to the 1199SEIU Dues and Membership Department at 310 W. 43rd Street 2nd Floor, New York, NY 10036. **I acknowledge that contributions, gifts, and dues payments to 1199SEIU United Healthcare Workers East are not tax deductible as charitable contributions. However, they may be tax deductible as ordinary and necessary business expenses.*

SIGNATURE

X

DATE

SECTION 3. DIRECT PAY AUTHORIZATION In the event my employer ceases payroll deductions and 1199SEIU provides me with a transition notice notifying me of the change, I authorize 1199SEIU to bill my credit card account or make withdrawals from my bank account, in accordance with this Direct Pay Authorization. 1199SEIU will notify me of the transition to direct pay prior to initiating the first payment via credit card, checking, or savings account. I authorize 1199SEIU to initiate a recurring, automatic electronic funds transfer with my financial institution in order to deduct from the account provided to 1199SEIU through a secure portal 2% of my biweekly gross pay, with a current minimum of \$0.31 and a current maximum of \$49.28 in a 4 week period on the day after every payday designated by my Fiscal Intermediary. Those deductions will begin on the date listed in the transition notice, provided that date is at least ten (10) days after 1199SEIU mails the notice. The dues amount may change if authorized according to the requirements of the 1199SEIU Constitution. If this happens, I authorize 1199SEIU to initiate a recurring, automatic funds transfer in the amount of the new dues amount when notified by 1199SEIU in writing of the new amount and with at least ten (10) days' notice before the next funds transfer date. In the case of checking and savings accounts, I also authorize adjusting entries to correct errors. I agree that these withdrawals and adjustments may be made electronically and subject to the Rules of the National Automated Clearing House Association. This authorization shall remain in effect until I revoke my authorization using the process described in Section 2. I acknowledge that failure to pay my dues on a timely basis may affect my membership standing in the union, as set forth in the 1199SEIU Constitution. **To provide my authorization for direct payments from my account, I am providing my signature on the line below.**

RELEASE I authorize my employer, or its fiscal agent, to provide only to 1199SEIU's designated secure payment processor the information for the bank account (bank account number, account holder's name and routing number) on file with my employer ("Account") that I have designated to receive the proceeds of my paycheck via direct deposit, and for my dues, contributions to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund, and/or other payments I have authorized to be deducted from this Account on the day after every payday designated by my employer. If my employer makes direct deposit of my paycheck to a checking account and a savings account, I hereby authorize my employer to provide to 1199SEIU's designated secure payment processor the information for the checking account and for my dues, Political Action Fund contributions, and/or other contributions to be deducted from this account on the day after every payday designated by my employer. I understand that after 1199SEIU's designated secure payment processor receives my Account information, 1199SEIU will make reasonable efforts to contact me via U.S. mail to confirm the accuracy of the Account information provided by my employer at least 10 days in advance of making the first electronic funds transfer from my Account.

SIGNATURE

X

DATE

PRINT CONTACT INFO HERE

NAME (PRINT)

PCA#

ADDRESS

CITY

STATE

ZIP

HOME PHONE

CELL PHONE

EMAIL

LAST 4 DIGITS SSN

DATE OF BIRTH

By providing my phone number, I understand the Service Employees International Union, its local unions, and affiliates may use automated calling technologies and/or text message me on my cellular phone on a periodic basis. SEIU will never charge for text message alerts. Carrier message and data rates may apply to such alerts. Text STOP to 30644 to stop receiving messages. Text HELP to 30644 for more information.

I want to get involved in 1199SEIU! Please have an organizer follow up with me.

BUILDING OUR POWER

SECTION 4. 1199SEIU MASSACHUSETTS POLITICAL ACTION FUND The 1199SEIU Massachusetts 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.

I hereby authorize 1199SEIU 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 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund, 330 W. 42nd St., 7th floor, New York, NY 10036.

In the event my employer ceases payroll deductions, I authorize 1199SEIU to initiate a recurring, automatic electronic funds transfer with my financial institution consistent with the terms of Section 3, beginning on the date listed in the transition notice provided to me in order to deduct the amount specified above from the designated account referenced in Section 3. My signature below shows my agreement to apply the terms of Section 3 to deduction of my Political Action Fund contributions.

This authorization is made voluntarily based on my specific understanding that: (1) I am not required to sign this form or make voluntary contributions to the 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund as a condition of my employment or membership in the union; (2) I may refuse to contribute without reprisal; (3) Under law, only union members and executive/administrative staff who are U.S. Citizens or lawful permanent residents are eligible to contribute to the Political Action Fund; (4) the contribution amounts on this form are merely suggestions, and I may contribute more or less by this or other means without fear or disadvantage from 1199SEIU or my employer; (5) 1199SEIU 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 political issues of public importance. This authorization shall remain in effect until revoked by me in writing to 1199SEIU via U.S. mail as described in Section 2. Contributions or gifts to 1199SEIU Massachusetts Political Action Fund are not tax deductible as charitable contributions.

SIGNATURE

X

DATE

FOR INTERNAL USE ONLY

1199SEIU 

CARD COLLECTED BY:

LAST FOUR DIGITS OF COLLECTOR'S SSN#

CARD COLLECTED AT: TRAINING ORIENTATION CANVASS FI CONSUMER TAUGHT OTHER

SECCIÓN 1. ACUERDO DE AFILIACIÓN La afiliación en 1199SEIU se realiza sin consideración de raza, color, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, religión, origen nacional, afiliación o creencia política. **SÍ**, quiero unirme a los trabajadores de la salud en todo el estado para tener una voz más fuerte a favor de la atención de la salud de calidad, salarios dignos y buenos beneficios. Acepto la afiliación en 1199SEIU United Healthcare Workers East y designo a 1199 para que actúe en mi nombre como agente de negociación colectiva en todos los asuntos relacionados con las condiciones de empleo. Me comprometo a acatar la Constitución de 1199SEIU United Healthcare Workers East.

FIRMA 

FECHA

SECCIÓN 2. AUTORIZACIÓN PARA LAS CUOTAS* Reconozco la necesidad de tener una Unión fuerte y creo que todas las personas representadas por nuestra Unión deben pagar su parte justa para apoyar las actividades de nuestra Unión. Están autorizados para descontar mis cuotas mensuales de afiliación de mi sueldo o salario según lo requerido por 1199SEIU United Healthcare Workers East como condición de mi afiliación; y para remitir todas esas deducciones a 1199SEIU 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 la deducción, o conforme a la fecha establecida en el Acuerdo de Negociación Colectiva. Esta deducción es un acto voluntario de mi parte. Esta autorización podrá ser retirada en virtud de M.G.L. c. 180 § 17A cuando proporcione un aviso por escrito sobre el retiro con por lo menos sesenta días de anticipación al Departamento de Afiliación y Cuotas de 1199SEIU en 310 W. 43rd Street 2nd Floor, New York, NY 10036.

**Reconozco que las contribuciones, donaciones, y pagos de cuotas a 1199SEIU United Healthcare Workers East no son deducibles de impuestos como contribuciones caritativas. Sin embargo, pueden ser deducibles de impuestos como gastos de negocios ordinarios y necesarios.*

FIRMA 

FECHA

SECCIÓN 3. AUTORIZACIÓN DE PAGO DIRECTO En el caso de que mi empleador deje de realizar las deducciones de nómina y 1199SEIU me proporcione un aviso de transición para notificarme el cambio, autorizo a 1199SEIU para que facture en mi cuenta de tarjeta de crédito o para que realice retiros de mi cuenta bancaria, de acuerdo con esta Autorización de pago directo. 1199SEIU me notificará la transición al pago directo antes de iniciar el primer pago a través de tarjeta de crédito, cuenta corriente, o cuenta de ahorros. Autorizo a 1199SEIU para que inicie una transferencia electrónica de fondos automática y recurrente con mi institución financiera con el fin de deducir de la cuenta proporcionada a 1199SEIU a través de un portal seguro, el 2% de mi sueldo bruto quincenal, con un mínimo actual de \$0.31 y un máximo de \$49.28 en un periodo de 4 semanas en el día siguiente a cada día de pago designado por mi Intermediario Fiscal. Esas deducciones comenzarán en la fecha especificada en el aviso de transición, siempre que la fecha sea en al menos diez (10) días después de la fecha en que 1199SEIU envíe el aviso por correo. El importe de las cuotas puede cambiar si es autorizado de acuerdo con los requisitos de la Constitución de 1199SEIU. Si esto ocurre, autorizo a 1199SEIU para que inicie una transferencia de fondos automática y recurrente por el importe nuevo de las cuotas cuando sea notificado por 1199SEIU por escrito sobre el importe nuevo y con un aviso de al menos diez (10) días de antelación a la próxima fecha de transferencia de fondos. En el caso de cuentas corrientes y de ahorros, también autorizo el ajuste de las entradas para corregir errores. Estoy de acuerdo en que estos retiros y ajustes se pueden realizar electrónicamente y están sujetos a las Normas de la Asociación Nacional de Cámara de Compensación Automatizada. Esta autorización permanecerá vigente hasta que revoque mi autorización mediante el proceso descrito en la Sección 2. Reconozco que no pagar mis cuotas de manera oportuna puede afectar a mi afiliación en la unión, conforme a lo establecido en la Constitución de 1199SEIU. Para dar mi autorización para los pagos directos desde mi cuenta, proporciono mi firma en la siguiente línea.

DIVULGACIÓN Autorizo a mi empleador, o a su agente fiscal, para que le proporcione únicamente al procesado de pago seguro designado por 1199SEIU, la información de la cuenta bancaria (número de cuenta bancaria, nombre del titular de la cuenta y número de enrutamiento) registrada con mi empleador ("Cuenta") que he designado para recibir mi cheque de pago a través de depósito directo, y para mis cuotas, contribuciones al Fondo de Acción Política de 1199SEIU Massachusetts, y/u otros pagos, he autorizado la deducción de esta Cuenta en el día siguiente a cada día de pago designado por mi empleador. Si mi empleador hace el depósito directo de mi cheque de sueldo a una cuenta corriente y una cuenta de ahorros, por medio del presente autorizo a mi empleador para que le proporcione al procesador de pago seguro designado por 1199SEIU, la información de la cuenta corriente, y de mis cuotas, contribuciones al Fondo de Acción Política, y/u otras contribuciones que se deben deducir de esta Cuenta en el día siguiente a cada día de pago designado por mi empleador. Entiendo que después de que el procesador de pago seguro designado por 1199SEIU recibe la información de mi Cuenta, 1199SEIU hará los esfuerzos razonables para ponerse en contacto conmigo a través del correo postal de los Estados Unidos para confirmar la exactitud de la información de la Cuenta proporcionada por mi empleador, por lo menos 10 días antes de hacer la primera transferencia electrónica de fondos desde mi Cuenta.

FIRMA 

FECHA

ESCRIBIR INFORMACIÓN DE CONTACTO AQUÍ

NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)

PCA#

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA

CELULAR+

CORREO ELECTRÓNICO

LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE NACIMIENTO

+Al proporcionar mi número de teléfono, entiendo que el Service Employees International Union, sus sindicatos locales y afiliados pueden usar tecnologías de llamadas automatizadas y / o mensajes de texto en mi teléfono celular de forma periódica. SEIU nunca cobrará por alertas de mensajes de texto. Las tarifas de mensajes y datos del operador pueden aplicarse a tales alertas. Envíe texto a STOP al 30644 para dejar de recibir mensajes. Envía HELP al 30644 para más información.

¡Quiero participar en 1199SEIU! Deseo que un organizador realice el seguimiento conmigo.

CONSTRUIR NUESTRO PODER

SECCIÓN 4. FONDO DE ACCIÓN POLÍTICA DE MASSACHUSETTS DE 1199SEIU El Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU construye fortaleza para los trabajadores de la atención de la salud y de la asistencia domiciliaria. Al unir nuestras voces y hacer crecer nuestro poder político, los trabajadores de la atención de la salud y de la asistencia domiciliaria podemos ser defensores más fuertes de nuestros trabajos y de las personas a nuestro cuidado. Los funcionarios electos toman decisiones que afectan, de manera directa, la financiación de nuestros trabajos y los servicios que proporcionamos. Juntos, podemos elegir líderes que respeten a los trabajadores de la atención de la salud y la asistencia domiciliaria y que honren el trabajo que hacemos.

Por medio del presente autorizo a 1199SEIU United Healthcare Workers East para presentar este formulario de deducción de nómina en mi nombre ante mi empleador para retener **\$10 por mes**, **\$15 por mes** o **\$___ por mes** y transmitirle ese monto al Fondo de Acción Política de 1199SEIU Massachusetts, 330 W. 42nd St., 7th floor, New York NY 10036.

En el caso de que mi empleador cese las deducciones de nómina, autorizo a 1199SEIU para iniciar una transferencia de fondos electrónica automática y recurrente con mi institución financiera de acuerdo con los términos de la Sección 3, a partir de la fecha especificada en el aviso de transición que me han proporcionado con el fin de deducir la cantidad especificada anteriormente en la cuenta designada al que se hace referencia en la sección 3. Mi firma a continuación muestra mi acuerdo para aplicar los términos de la Sección 3 para la deducción de mis contribuciones al Fondo de Acción Política.

Esta autorización se hace de manera voluntaria con base en mi comprensión específica de que: (1) No estoy obligado a firmar este formulario o hacer contribuciones voluntarias al Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU como condición de mi empleo o afiliación en la Unión; (2) puedo negarme a contribuir sin represalias; (3) en virtud de la ley, solo los miembros de la Unión y el personal ejecutivo/ administrativo que son ciudadanos estadounidenses o residentes legales permanentes de los EE. UU. son elegibles para contribuir al Fondo de Acción Política; (4) los montos de las contribuciones en este formulario son simplemente sugerencias, y puedo contribuir más o menos por este u otro medio sin temor o desventaja con 1199SEIU o mi empleador; (5) el Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU utiliza el dinero que recibe para fines políticos, incluidos, pero no limitado a las contribuciones y gastos en nombre de los candidatos a cargos federales, estatales y locales, y para abordar cuestiones políticas de importancia pública. Esta autorización permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí, por escrito, ante 1199SEIU a través del correo de los EE. UU. tal como se describe en la Sección 2. *Las contribuciones o donaciones al Fondo de Acción Política de Massachusetts de 1199SEIU no son deducibles de impuestos como contribuciones benéficas.*

FIRMA 

FECHA

FOR INTERNAL USE ONLY

1199SEIU 

CARD COLLECTED BY:

LAST FOUR DIGITS OF COLLECTOR'S SSN#

CARD COLLECTED AT: TRAINING ORIENTATION CANVASS FI CONSUMER TAUGHT OTHER