

APLICACION DE MEMBRECIA Y GREMIO PARA ESTADOS UNIDOS DE AMERICA OPERATIVE PLASTERERS' Y CEMENT MASONS' ASSOCIACION INTERNACIONAL DE LOS ESTADOS UNIDOS Y EL CANADA

(Por favor, haga todo el esfuerzo para completar y entregar esta forma en Ingles)

Escribir Claramente Por Favor. La Aplicación no se procesará si no esta completa. De acuerdo con la Constitución Internacional, cuando el interesado o solicitante aplica por esta membresía en esta Asociación Internacional, el secretario de Finanzas del Sindicato Local deberá de inmediato mandar esta aplicación completa a la Asociación Internacional anexando \$75 de cargos cubriendo los costos implicados para la investigación de información y registración.

Alguna vez has pertenecido antes a El OP&CMIA? _____
 No. De Gremio. _____ NO. REG. _____

¿DEBES CUOTAS MENSUALES EN TU SINDICATO ANTERIOR?
 No. Local _____ Si así es, ¿Que Local? _____

E.E. UU # De Seguro Social _____

 NOMBRE COMPLETO:

 DOMICILIO O DIRECCION

 CIUDAD ESTADO/PROVINCIA CODIGO POSTAL

Fecha de Nacimiento _____

de Teléfono _____

Correo Electrónico/email _____

LA OBLIGACION DEL NUEVO MIEMBRO/AGREMIADO

Yo, _____, prometo y doy mi palabra de honor que estoy familiarizado con las leyes y Constitución de esta Asociación Internacional y de este Sindicato Local de que no realizare ningún acto para perjudicar este Sindicato local y esta Asociación Internacional, me comprometo a todo el tiempo promover la prosperidad y servicios de esta Asociación Internacional. Yo estoy de acuerdo de permanecer leal y sincero hacia los representantes, legalidades y Constitución Internacional, y sus practicas, las cuales me guían y gobiernan mis acciones como miembro de esta institución, y del Sindicato local en cualquier y todo acto donde se me incluya dentro de mi sindicato. Yo también prometo y juro que no soy miembro ni pertenezco a ninguna otra organización o sindicato que apoyen actuar en contra del gobierno de los E.E. U.U de América por la fuerza ni violentamente. Yo tomo esta obligación voluntariamente, bajo mis cinco sentidos y dentro de mis capacidades mentales ni reservas, y hare lo mejor que pueda dentro de mis habilidades para atender a mis obligaciones y mis responsabilidades como agremiado/miembro de esta asociación en la cual estoy a punto de pertenecer con la ayuda de Dios.

Yo entiendo voluntariamente y estoy de acuerdo a, respectivamente llenar esta aplicación de membresía y gremio como lo he dicho arriba, y declaro verdaderamente que todo lo dicho es verdad, y si se me comprueba lo contrario el Sindicato local y esta Internacional tienen el derecho de correrme y cancelar mi membresía, sin obtener ningún dinero que yo haya pagado.

Si esta aplicación de membresía es aceptada, De inmediato autorizo a la Asociación Internacional de Operadores Yeseros y Mamposteros de los E. E. U. U de América y el Canadá y todos sindicatos locales que sean mis representantes exclusivos legalmente para negociar acuerdos colectivos laborales a mi favor y en mi nombre de todas las formas con respecto a sueldo, horas de trabajo, y cualquier otra condición laboral con mi presente empleador, al igual que con cualquier otro empleador donde pueda estar empleado después de esta fecha, en todos los lugares de trabajo presentes y futuros, Yo entiendo que esta tarjeta podrá ser utilizada para obtener reconocimiento autorizado de mi presente y futuros empleadores bajo la junta de relaciones al obrero NLRB sin participar en una elección laboral. Esta Autorización no tiene vencimiento, y permanece vigente y valida hasta la fecha que yo decida revocarla por escrito a mi Sindicato local y el OPCMIA.

Yo también reconozco que esta tarjeta es una notificación de mis derechos de ser o continuar siendo miembro o no-miembro-miembro de este Sindicato/Unión. Yo tengo el derecho de no querer pagar o permitir reducciones de cuotas por las actividades Sindicales sin germinar en las responsabilidades de negociaciones de un representante siempre y cuando cumpla con mis obligaciones, y sy tengo objeciones tendré que hacer por escrito con mi Sindicato/Unión dentro de un periodo de treinta (30) días hábiles para posicionarme como un no-miembro-miembro. También reconozco el derecho del Sindicato de actuar como una agencia laboral y me comprometo a pagar los gastos implicados a dicha agencia laboral como lo marca al lay. De ahí en adelante después de mi petición, el Sindicato me proveerá con la información suficiente para hacer una decisión inteligente si debo oponerme o no, y me explicaran acerca de cualquier paso dentro del Sindicato/Unión, los cuales deberé seguir si tuviera objeciones.

** Esta Sección es para que un Agente del Sindicato La llene **		
MARCAR SOLO UNO	Y	MARCAR SOLO UNO
_____ MAESTRO ALBAÑIL		_____ PL-YESERO
_____ APRENDIS		_____ MAMPOSTERO-CM
_____ PRINCIPIANTE		_____ MAESTRO DE TALLER
_____ ESPECIALISTA		
EL COSTO DE REGISTRACION NO ES REFUNDABLE		\$75.00
Marcar aquí para solicitar perdón de costo de registro bajo la carta #13 enviada el 26 de febrero del 2021. Al marcar esta caja, se entiende que un recibo de pago será enviado al Sindicato local, el cual es responsable de pagar si no comparece con los requisitos en la carta #13 enviada el 26 de febrero del 2021.		
Costo de iniciación del Sindicato/Gremio Local		
TOTAL		
** Esta sección es solo para la oficina Internacional **		
REGISTRATION FEE CHECK# / DATE / AMOUNT		
INITIATION DATE / REGISTRATION #		
SEXO:	M: _____	F: _____ Otro: _____
Raza o Grupo Étnico: (Marque la caja que aplique)		
_____ Hispano o Latino		_____ Oriental
_____ De Color o Africano Americano		_____ Blanco
_____ Nativo Hawaiano u otro como Islas del Pacífico		

 FECHA DE INICIACION

 FIRMA DEL SOLICITANTE

 NUMBER DE LOCAL / AREA

 FIRMA Y FECHA DEL SECRETARIO DE FINANZAS DEL SINDICATO LOCAL

**SUBMIT COMPLETED APPLICATION AND PAYMENT TO:
 OPCMIA General Secretary Treasurer / 9700 Patuxent Woods Drive, Suite 200 / Columbia, MD 21046**



O.P.C.M.I.A Cement Masons & Plasterers

Local 72

AUTORIZACIÓN DE CHEQUEO DE CUOTAS LOCALES E INTERNACIONALES Para: **NOMBRE:** _____

LOCAL 72 - AUTORIZACIÓN PARA REPRESENTAR

Por la presente autorizo a la Asociación Internacional de Albañiles de Cemento y Yeseros Operativos, Local No. 72, para que me represente con el propósito de negociar colectivamente en materia de salarios, horas y otros términos y condiciones de empleo, con mi empleador actual, así como con todos otros empleadores para los que pueda ser empleado después de esta fecha en todos los sitios de trabajo presentes y futuros. Entiendo que este formulario puede usarse para obtener el reconocimiento de mi empleador actual o futuro sin una elección. Esta autorización no tiene vencimiento, es vinculante y válida hasta que yo la revoque por escrito.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO: _____

TELEFONO: _____ CELL: _____ PATRÓN ACTUAL: _____

CLASIFICACIÓN DE TRABAJO: _____

LOCAL 72 – AUTORIZACIÓN DE SALIDA

Yo, _____ [IMPRIME NOMBRE], asigno al Sindicato Local 72 de Albañiles de Cemento y Yeseros Operativos, de mis ganancias, una suma equivalente a las cuotas de afiliación por hora de trabajo (Local y/o Internacional), y contribuciones para Programas Sindicales, Fondo de Construcción, Cumplimiento y Fondo de Capacitación Internacional, según lo establezca y modifique el Local 72. El Local 72 notificará a mi Empleador sobre los montos adeudados actualmente. Autorizo y ordeno a mi Empleador que deduzca dichas sumas y remita el dinero al Local 72. Esta cesión es irrevocable por un (1) año a partir de esta fecha o hasta la terminación del contrato laboral, lo que ocurra primero. Esta cesión se renovará automáticamente, por períodos sucesivos de 12 meses. Esta autorización está sujeta a cancelación solo por mi renuncia a la Unión.

FIRMA: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____

AUTHORIZATION FOR DUES DEDUCTIONS FROM NUMERICA CREDIT UNION

Sus cuotas sindicales mensuales vencen el primer día de cada mes. Una manera fácil de mantenerse al día es cobrar sus cuotas mensuales de su cuenta de ahorros de Numerica Credit Union, simplemente complete el formulario de autorización a continuación. Las deducciones se mostrarán en su estado de cuenta de la cooperativa de ahorro y crédito y recibirá un recibo del Local n.º 72. Es rápido y fácil. Autorizo al Local n.º 72 de OPCMIA a cobrar de mi cuenta de ahorros de Numerica Credit Union todo el dinero que le deba al unión para cuotas de iniciación, cuotas, multas, evaluaciones, etc. de forma regular y recurrente. Si elijo cancelar esta autorización, notificaré por escrito a Numerica y al Local #72.

FIRMA: _____ NOMBRE: _____ FECHA: _____



O.P.C.M.I.A Cement Masons' & Plasterers' Local 72

Formulario- Información del Beneficiario

Información personal:

Nombre en full: _____

S.S. #: _____

Fecha de Nacimiento.: _____

Telefono #: _____

Dirección: _____

Información de Beneficiario:

Nombre en full: _____

S.S. # _____

Fecha de Nacimiento: _____

Telefono #: _____

Dirección: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre: _____

Telefono#: _____

Formulario de Historial de su Trabajo

Enumere todos los empleadores, comenzando con su empleador actual o el más reciente. Incluya experiencia militar, trabajos de verano y trabajos de medio tiempo. Proporcione fechas y muestre cuánto tiempo estuvo empleado.

<u>EMPLEADOR</u>	<u>TIPO DE TRABAJO REALIZADO</u>	<u>DE</u> M/YY	<u>HASTA</u> M/YY	<u>MOTIVO DE SALIDA</u>

Firma: _____ Fecha: _____

*La experiencia laboral se puede verificar con los empleadores para determinar su elegibilidad de nivel de trabajo

CEMENT MASONS AND PLASTERERS FONDOS FIDUCIARIOS

PLEASE PRINT

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

F16

Estado: AK or WA Local # _____

IMPORTANTE: Complete este formulario en su totalidad, **enumerando todos los dependientes elegibles** (cónyuge y/o hijos) y el beneficiario actual. **Este formulario reemplazará cualquier otro formulario de inscripción/beneficiario archivado en la Oficina de Administración.** Es necesario aportar copias de documentación como acta de matrimonio, acta de nacimiento, decreto de adopción, tutela legal y/o plan de crianza si aplica. Si retira a un cónyuge, proporcione una copia de la sentencia de divorcio, sentencia de separación legal o certificado de fallecimiento. **NOTA:** la Oficina de Administración puede solicitar documentos adicionales. **Debido a los requisitos de informes de ACA/IRS, debe proporcionar sus números de seguro social y los de sus dependientes; si no los proporciona, se le devolverá este formulario.**

Nueva Inscripción
 Cambio Dirección
 Cambio Nombre _____
 Cambio/Agregar dependiente
Nombre anterior

NOMBRE (Apellido, Primero, Inicial del Segundo Nombre)	SEGURO SOCIAL NUMERO	SEXO (M/F)	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	RELACION con el SUSCRIPTOR	Marque si es Hijastro, o Niño es Adoptivo
Miembro				Uno Mismo	
Dirección (Calle o PO Box, Ciudad, Estado, Código Postal)					
Numero Telefono			Correo Electronico		
Esposo/a				Fecha de Matrimonio	
Dependientes elegibles (ver atrás para la definición)					

1. ¿Usted, su cónyuge u otros dependientes están inscritos o son elegibles para inscribirse en algún otro plan médico, dental o de la vista grupal, incluido Medicare? Si No Si la respuesta es "sí", proporcione la información a continuación. Si está inscrito en las Partes A, B o D de Medicare, debe tener una copia de su tarjeta de identificación de Medicare archivada en la Oficina de Administración.

Nombre del suscriptor con otra cobertura _____ Numero Seguro Social _____ Póliza o I.D. Número _____

Nombre y dirección de otra compañía de seguros _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

2. Coberturas de Seguro Suscriptor Esposo/a Hijos 3. Otra Cobertura Incluye: Medico Dental Vision

Cambio de Beneficiario **DESIGNACIÓN BENEFICIARIA**
 Puede nombrar a cualquier persona como su Beneficiario para recibir los beneficios del Fideicomiso. Sin embargo, en los estados de propiedad comunitaria, su cónyuge sobreviviente tiene derecho a cualquier interés de propiedad comunitaria en sus beneficios.

PLAN DE SALUD Y SEGURIDAD
 Nombre del Beneficiario _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Relacion)

Dirección del Beneficiario _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal) (Seguro Social Numero)

PLAN DE PENSIÓN: Beneficio por fallecimiento (complete solo si corresponde; no disponible para miembros del Local 72 o 478)
 Nombre del Beneficiario _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Relacion)

Dirección del Beneficiario _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal) (Seguro Social Numero)

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender y reemplaza cualquier designación de beneficiario firmada antes de la fecha que se muestra a continuación.

Firma _____ Fecha _____

Firma (debe estar firmado por el miembro participante)
DEVUELVA UNA COPIA A LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN: P.O. BOX 34203 – SEATTLE, WA
98124-1203 o escanear y enviar por correo electrónico a: Enrollment@wpas-inc.com or Fax a: (206) 505-9727
CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS

Cement Masons & Plasterers Trust Funds

Physical Address: 7525 SE 24th Street, Suite 200, Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address: PO Box 34203, Seattle, WA 98124
Phone: (877) 367-0528 • Fax: (206) 505-9727 • Website: www.cementmasonstrust.com

Administered by
Welfare & Pension Administration Service, Inc.

Formulario de solicitud de PIN (Miembros Solamente)

Indíqueme un número de identificación personal (PIN), que entiendo que cuando se usa en combinación con mi número de seguro social o el número de identificación de WPAS me permitirá acceder a la información de "Inicio de sesión de miembro" a través de los Fondos fiduciarios de albañiles y yeseros de cemento.

Nombre de Miembro (Primer, Inicial del Segundo Nombre, Apellido):

Número de seguro social del miembro o número de identificación WPAS: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono Móvil:** _____

Correo Electrónico: _____

Firma de Miembro: _____ **Fecha:** _____

(Debe estar firmado por el miembro participante)

You may return this form to the Administration Office in one of the following ways:

1. Dirección:

Cement Masons & Plasterers Trust Funds
PO Box 34203
Seattle, WA 98124-1203

2. Fax: (206) 505-9727

3. Correo Electrónico: forms@wpas inc.com