



# FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE CUOTAS Y COPE

Lake County Federation of Teachers, Local 504, IFT-AFT/AFL-CIO

248 Ambrogio Drive, Gurnee, IL 60031, 847-623-7725



Illinois Federation of Teachers  
A Union of Professionals



### Declaración de Membresía

Por la presente solicito una membresía en la Federación de Maestros del Condado de Lake, AFT Local 504 (LCFT) y manifiesto estar de acuerdo con su Constitución y Estatutos. Autorizo al Sindicato a desempeñarse como mi representante exclusivo en negociaciones colectivas referentes a salarios, horas de trabajo y otros términos y condiciones de empleo con mi Empleador. Entiendo que si la mayoría de los empleados en la unidad de negociación firman tarjetas de autorización, estas tarjetas se pueden usar para obtener reconocimiento sin una elección. Mi membresía en LCFT y la Federación de Maestros de Illinois (IFT), incluyendo otro sindicato local cual es mi representante exclusivo para negociaciones y está afiliado al IFT, debe permanecer de forma continua a menos que notifique por escrito a LCFT de mi intención de renunciar.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN \_\_\_\_\_

Distrito Escolar/Empleador \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (personal) \_\_\_\_\_

### Cuotas Anuales

Autorización de Cuotas: Durante mi empleo, por la presente voluntariamente autorizo e instruyo a mi Empleador a proceder con la deducción de mi salario en cada periodo compensable, sin importar si permanezco o no como miembro del Sindicato, un monto igual a las cuotas certificadas por el Sindicato, así como remi.

Período de Revocación: Esta autorización y asignación voluntaria será irrevocable, sin importar si permanezco o no como miembro del Sindicato, por el periodo de un año contado desde la fecha de autorización y debe ser automáticamente renovado año tras año a menos que yo revoque esta autorización enviando una notificación por escrito al Sindicato a través de la Oficina Postal de los Estados Unidos con sello de envío entre Agosto 1 y Agosto 31.

Descargo de Responsabilidad del IRS: Los pagos al Sindicato no son deducibles como donaciones de caridad para propósito de los impuestos federales por ingresos. Sin embargo, ellos pueden ser deducibles de impuestos como gastos de negocios ordinarios y necesarios.

Declaración de Ley de Protección al Consumidor de Servicios Telefónicos: Al proveer mi número de teléfono celular, entiendo que el Sindicato y sus afiliados pueden usar tecnologías de llamadas automático y/o mensajes de texto a mi teléfono celular de forma periódica y que puedo darme de baja de dichos mensajes. El Sindicato no cobrará nunca por las alertas de los mensajes de texto; distribución de mensajes y tarifas por plan de datos pueden aplicar para dichos mensajes.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Comité de Educación Política

Por la presente voluntariamente autorizo a mi Empleador a proceder con la deducción de veinte dólares/u otro \_\_\_\_\_ por año (veinte dólares por año es la contribución recomendada, pero puede ingresar otra cantidad o cero si no desea realizar ninguna contribución) para Federación de Maestros del Condado de Lake Committee on Political Education (LCFT-COPE) y remitir dicha cantidad al Comité del Sindicato (COPE). COPE utilizará el dinero aportado para realizar aportes políticos y gastos relacionados con las elecciones federales, estatales y locales. Esta autorización no es un requisito para la afiliación sindical o el empleo, y la estoy firmando libre y voluntariamente. Esta autorización voluntaria puede ser revocada en cualquier momento notificando al Sindicato por escrito de mi deseo de hacerlo. Las contribuciones al Comité de Educación Política del Sindicato no son deducibles como contribuciones caritativas a efectos del impuesto federal sobre la renta y solo pueden ser realizadas por miembros del sindicato que sean ciudadanos estadounidenses o residentes legales permanentes.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_