



SOLICITUD DE MEMBRESÍA DE LA CSEA

CSEA, Local 1000 AFSCME, AFL-CIO
143 Washington Avenue, Albany, New York 12210

Envíe la solicitud por correo en el sobre adjunto, envíela por fax al 518-465-2382, contéstela en línea en cseany.org/join o escanéela y envíela por correo electrónico a: SCANAPP@CSEAINC.ORG

Por este medio autorizo a Civil Service Employees Association, Inc. (CSEA), Local 1000 AFSCME, AFL-CIO, para que sea mi representante exclusivo en negociaciones colectivas, y por lo tanto revoco el nombramiento de cualquier otro representante que haya designado antes. Por este medio también autorizo al encargado de impuestos o nóminas de mi empleador para que deduzca las cuotas de la CSEA de mi salario, por el importe certificado por la CSEA, durante este año y los años subsecuentes de mi empleo y membresía.

Las cuotas, contribuciones y donaciones a la CSEA no son deducibles de impuestos como contribuciones de caridad. Sin embargo, pueden ser deducibles como gastos de negocios ordinarios y necesarios. Puedo revocar esta autorización mediante el envío de una carta en la que exprese mi intención de renunciar, junto con mi nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de la CSEA y firma, por correo de primera clase del Servicio Postal de Estados Unidos, a: CSEA Statewide Secretary, Civil Service Employees Association, Inc., 143 Washington Ave., Albany, N.Y. 12210.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CSEA

1/2022

Sr. Escriba con letra de molde legible y llene todos los Dirección del trabajo
 Sra.
 Srta.

Nombre _____ Inicial intermedia _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Dirección postal _____
Calle y número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono de casa _____

Correo electrónico personal _____ Núm. de Seguro Social _____

Empleador _____ N.º de local/unidad de CSEA _____

Dirección del trabajo _____
Calle y número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Puesto _____ Tipo de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Estacional
Tipo de pago: Asalariado Por horas

ID del estado de NY o ID de empleador _____ Salario anual/Sueldo por hora _____ Marque si es veterano

Firma: _____ Fecha: _____

Por este medio consiento a recibir en mi teléfono celular llamadas (incluyendo llamadas grabadas y marcadas automáticamente o mensajes de texto) de la CSEA y de sus organizaciones sindicales asociadas sobre cualquier tema. Para modificar sus preferencias, puede llamar a la CSEA al teléfono 1-800-342-4146 o visitar cseany.org. Si no desea recibir dichas llamadas y mensajes de texto, puede marcar esta casilla: