



Deduction Agency Name

United Long-Term Care Workers' Union

SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD, LOS ANGELES, CA 90057

MEMBERSHIP FORM I hereby apply for membership in the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") and agree to abide by its Constitution and Bylaws. By this application, I authorize ULTCW to act as my exclusive bargaining representative for purposes of collective bargaining with respect to wages, hours and other terms and conditions of employment with my employer.

Name _____ Tel. _____

Cell Phone _____ Address _____

City _____ Zip _____ Email _____

X Signature _____ Date _____

AUTHORIZATION I hereby authorize the Office of the State Controller of California to deduct from my earnings and to pay over to the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") those Union dues and fees that may now or hereafter be established by the Union. This authorization is irrevocable, irrespective of my membership status, for a period of one year from the date of execution, or until the termination date of the applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. This authorization shall be automatically renewed for successive periods of one year or for the period of each succeeding applicable collective bargaining agreement, whichever period shall be shorter, unless I revoke it by providing written notice signed by me and sent through registered mail to the Employer and to the Union either during the ten day period prior to the end of any such applicable yearly period or during the ten day period prior to the termination date of any applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. In absence of such notice of revocation, this authorization shall be irrevocably renewed for additional periods or until the end of the collective bargaining agreement, whichever occurs sooner and for successive periods thereafter in accordance with this authorization.

X Signature _____ Date _____

LABOR DONATED UNION



Deduction Agency Name

United Long-Term Care Workers' Union

SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD, LOS ANGELES, CA 90057

MEMBERSHIP FORM I hereby apply for membership in the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") and agree to abide by its Constitution and Bylaws. By this application, I authorize ULTCW to act as my exclusive bargaining representative for purposes of collective bargaining with respect to wages, hours and other terms and conditions of employment with my employer.

Name _____ Tel. _____

Cell Phone _____ Address _____

City _____ Zip _____ Email _____

X Signature _____ Date _____

AUTHORIZATION I hereby authorize the Office of the State Controller of California to deduct from my earnings and to pay over to the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") those Union dues and fees that may now or hereafter be established by the Union. This authorization is irrevocable, irrespective of my membership status, for a period of one year from the date of execution, or until the termination date of the applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. This authorization shall be automatically renewed for successive periods of one year or for the period of each succeeding applicable collective bargaining agreement, whichever period shall be shorter, unless I revoke it by providing written notice signed by me and sent through registered mail to the Employer and to the Union either during the ten day period prior to the end of any such applicable yearly period or during the ten day period prior to the termination date of any applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. In absence of such notice of revocation, this authorization shall be irrevocably renewed for additional periods or until the end of the collective bargaining agreement, whichever occurs sooner and for successive periods thereafter in accordance with this authorization.

X Signature _____ Date _____

LABOR DONATED UNION COPY



Deduction Agency Name

United Long-Term Care Workers' Union

SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD, LOS ANGELES, CA 90057

MEMBERSHIP FORM I hereby apply for membership in the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") and agree to abide by its Constitution and Bylaws. By this application, I authorize ULTCW to act as my exclusive bargaining representative for purposes of collective bargaining with respect to wages, hours and other terms and conditions of employment with my employer.

Name _____ Tel. _____

Cell Phone _____ Address _____

City _____ Zip _____ Email _____

X Signature _____ Date _____

AUTHORIZATION I hereby authorize the Office of the State Controller of California to deduct from my earnings and to pay over to the United Long-Term Care Workers' Union, SEIU Local 6434 ("ULTCW") those Union dues and fees that may now or hereafter be established by the Union. This authorization is irrevocable, irrespective of my membership status, for a period of one year from the date of execution, or until the termination date of the applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. This authorization shall be automatically renewed for successive periods of one year or for the period of each succeeding applicable collective bargaining agreement, whichever period shall be shorter, unless I revoke it by providing written notice signed by me and sent through registered mail to the Employer and to the Union either during the ten day period prior to the end of any such applicable yearly period or during the ten day period prior to the termination date of any applicable collective bargaining agreement, whichever occurs sooner. In absence of such notice of revocation, this authorization shall be irrevocably renewed for additional periods or until the end of the collective bargaining agreement, whichever occurs sooner and for successive periods thereafter in accordance with this authorization.

X Signature _____ Date _____

LABOR DONATED UNION COPY

Reverend Martin Luther King Jr./ César Chávez Committee On Political Education

(C.O.P.E) Fund

I hereby authorize my employer to deduct from my pay the sum of \$5.00 per month or the amount in the checked box and transmit that amount to SEIU COPE. This authorization may be revoked at any time in writing. This authorization is voluntarily made based on my specific understanding that: Only union members and union executive/administrative staff who are U.S. citizens or lawful permanent residents are eligible to contribute to SEIU COPE; the signing of this authorization card and the making of these voluntary contributions are not conditions of membership in the Union nor of employment by my employer; The contribution amounts on this form are merely suggestions, and I may contribute more or less by this or some other means without fear of favor or disadvantage from the union or my employer; I may refuse to contribute without reprisal; SEIU COPE, which is connected with the Service Employees International Union, uses the money it receives for political purposes, including but not limited to making contributions to candidates for federal, state, and local office and addressing issues of public importance. SEIU COPE contributions are not deductible for federal income tax purposes.

Yes, I want to contribute \$10/month to SEIU COPE

Yes, I want to contribute \$5/month to SEIU COPE

Name _____

Tel. _____ Cell Phone _____

Address _____

City _____ Zip _____

X Signature _____ Date _____

Reverend Martin Luther King Jr./ César Chávez Committee On Political Education

(C.O.P.E) Fund

I hereby authorize my employer to deduct from my pay the sum of \$5.00 per month or the amount in the checked box and transmit that amount to SEIU COPE. This authorization may be revoked at any time in writing. This authorization is voluntarily made based on my specific understanding that: Only union members and union executive/administrative staff who are U.S. citizens or lawful permanent residents are eligible to contribute to SEIU COPE; the signing of this authorization card and the making of these voluntary contributions are not conditions of membership in the Union nor of employment by my employer; The contribution amounts on this form are merely suggestions, and I may contribute more or less by this or some other means without fear of favor or disadvantage from the union or my employer; I may refuse to contribute without reprisal; SEIU COPE, which is connected with the Service Employees International Union, uses the money it receives for political purposes, including but not limited to making contributions to candidates for federal, state, and local office and addressing issues of public importance. SEIU COPE contributions are not deductible for federal income tax purposes.

Yes, I want to contribute \$10/month to SEIU COPE

Yes, I want to contribute \$5/month to SEIU COPE

Name _____

Tel. _____ Cell Phone _____

Address _____

City _____ Zip _____

X Signature _____ Date _____

Reverend Martin Luther King Jr./ César Chávez Committee On Political Education

(C.O.P.E) Fund

I hereby authorize my employer to deduct from my pay the sum of \$5.00 per month or the amount in the checked box and transmit that amount to SEIU COPE. This authorization may be revoked at any time in writing. This authorization is voluntarily made based on my specific understanding that: Only union members and union executive/administrative staff who are U.S. citizens or lawful permanent residents are eligible to contribute to SEIU COPE; the signing of this authorization card and the making of these voluntary contributions are not conditions of membership in the Union nor of employment by my employer; The contribution amounts on this form are merely suggestions, and I may contribute more or less by this or some other means without fear of favor or disadvantage from the union or my employer; I may refuse to contribute without reprisal; SEIU COPE, which is connected with the Service Employees International Union, uses the money it receives for political purposes, including but not limited to making contributions to candidates for federal, state, and local office and addressing issues of public importance. SEIU COPE contributions are not deductible for federal income tax purposes.

Yes, I want to contribute \$10/month to SEIU COPE

Yes, I want to contribute \$5/month to SEIU COPE

Name _____

Tel. _____ Cell Phone _____

Address _____

City _____ Zip _____

X Signature _____ Date _____



Nombre de Agencia

Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD. LOS ANGELES, CA 90057

SOLICITUD DE MEMBRESIA

Por este medio, yo solicito para la membresía en la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") y concuerdo a aceptar la Constitución y reglamentos. Con esta solicitud, yo autorizo a ULTCW que actúe como mi representante exclusivo de negociaciones para el proposito de negociaciones colectivas con respecto a salarios, horarios y otras condiciones de empleo con mi empleador.

Nombre _____ Tel. _____

Tel. Celular _____ Dirección _____

Ciudad _____ Código _____ Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____

TARJETA DE AUTORIZACION

Por este medio, yo autorizo a la Oficina de Contralor del Estado de California a deducir de mi salario y pagarle a la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") los debidos de la Unión y cobros que ahora o en el futuro sean establecidas por la Unión. Esta autorización es irrevocable, independiente a mi estatus de membresía, por un periodo de un año de la fecha de ejecución, o hasta la fecha de terminación del acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. Esta autorización debe ser renovada automáticamente por el periodo de un año o por el periodo de cada acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquier periodo que sea mas corto, a menos que yo lo revoque al proveer un aviso al escrito, firmado por mi y enviado por correo registrado al Empleador y a la Unión durante el periodo hasta el fin de cualquier periodo anual aplicable o durante el periodo de diez días antes de la fecha de terminación de cualquier acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. En la ausencia del aviso de revocación, esta autorización será renovada irrevocablemente, por un periodo o hasta el fin del acuerdo colectivo de negociaciones, cualquiera que ocurra primero y por periodos de ahí en adelante en acuerdo con esta autorización.

Firma _____ Fecha _____

LABOR DONATED

COPIA SINDICAL



Nombre de Agencia

Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD. LOS ANGELES, CA 90057

SOLICITUD DE MEMBRESIA

Por este medio, yo solicito para la membresía en la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") y concuerdo a aceptar la Constitución y reglamentos. Con esta solicitud, yo autorizo a ULTCW que actúe como mi representante exclusivo de negociaciones para el proposito de negociaciones colectivas con respecto a salarios, horarios y otras condiciones de empleo con mi empleador.

Nombre _____ Tel. _____

Tel. Celular _____ Dirección _____

Ciudad _____ Código _____ Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____

TARJETA DE AUTORIZACION

Por este medio, yo autorizo a la Oficina de Contralor del Estado de California a deducir de mi salario y pagarle a la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") los debidos de la Unión y cobros que ahora o en el futuro sean establecidas por la Unión. Esta autorización es irrevocable, independiente a mi estatus de membresía, por un periodo de un año de la fecha de ejecución, o hasta la fecha de terminación del acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. Esta autorización debe ser renovada automáticamente por el periodo de un año o por el periodo de cada acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquier periodo que sea mas corto, a menos que yo lo revoque al proveer un aviso al escrito, firmado por mi y enviado por correo registrado al Empleador y a la Unión durante el periodo hasta el fin de cualquier periodo anual aplicable o durante el periodo de diez días antes de la fecha de terminación de cualquier acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. En la ausencia del aviso de revocación, esta autorización será renovada irrevocablemente, por un periodo o hasta el fin del acuerdo colectivo de negociaciones, cualquiera que ocurra primero y por periodos de ahí en adelante en acuerdo con esta autorización.

Firma _____ Fecha _____

LABOR DONATED

COPIA SINDICAL



Nombre de Agencia

Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo SEIU LOCAL 6434 (ULTCW) CTW, CLC 2515 BEVERLY BLVD. LOS ANGELES, CA 90057

SOLICITUD DE MEMBRESIA

Por este medio, yo solicito para la membresía en la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") y concuerdo a aceptar la Constitución y reglamentos. Con esta solicitud, yo autorizo a ULTCW que actúe como mi representante exclusivo de negociaciones para el proposito de negociaciones colectivas con respecto a salarios, horarios y otras condiciones de empleo con mi empleador.

Nombre _____ Tel. _____

Tel. Celular _____ Dirección _____

Ciudad _____ Código _____ Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____

TARJETA DE AUTORIZACION

Por este medio, yo autorizo a la Oficina de Contralor del Estado de California a deducir de mi salario y pagarle a la Unión de Trabajadores Unidos de Cuidados a Largo Plazo, Local 6434 ("ULTCW") los debidos de la Unión y cobros que ahora o en el futuro sean establecidas por la Unión. Esta autorización es irrevocable, independiente a mi estatus de membresía, por un periodo de un año de la fecha de ejecución, o hasta la fecha de terminación del acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. Esta autorización debe ser renovada automáticamente por el periodo de un año o por el periodo de cada acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquier periodo que sea mas corto, a menos que yo lo revoque al proveer un aviso al escrito, firmado por mi y enviado por correo registrado al Empleador y a la Unión durante el periodo hasta el fin de cualquier periodo anual aplicable o durante el periodo de diez días antes de la fecha de terminación de cualquier acuerdo colectivo de negociaciones aplicable, cualquiera que ocurra mas pronto. En la ausencia del aviso de revocación, esta autorización será renovada irrevocablemente, por un periodo o hasta el fin del acuerdo colectivo de negociaciones, cualquiera que ocurra primero y por periodos de ahí en adelante en acuerdo con esta autorización.

Firma _____ Fecha _____

LABOR DONATED

COPIA SINDICAL

Fondo para el Comité para la Educación Política (C.O.P.E)

Reverendo Martin Luther King Jr./César Chávez

Autorizo por este medio a mi gerencia para que deduzca de mi paga la suma de \$5.00 al mes o la cantidad en el cuadro marcado y transmitir esa cantidad al COPE de SEIU. Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento por escrito. Esta autorización es hecha voluntariamente en mi entendimiento específico que: Sólo los miembros del sindicato y el personal ejecutivo/ administrativo del sindicato que sean ciudadanos de EU o residentes permanentes legales son elegibles para contribuir al COPE de SEIU; la firma de esta tarjeta de autorización y el hacer estas contribuciones voluntarias no son condiciones de la membresía en el Sindicato ni del empleo por mi gerencia; Las cantidades de contribución en esta forma son simplemente sugerencias, y yo puedo contribuir más o menos por este o algún otro medio sin el miedo de favor o desventaja del sindicato o de mi gerencia; puedo rechazar el contribuir sin represalia; el COPE de SEIU, que está conectado con el Service Employees International Union, usa el dinero que recibe para propósitos políticos, incluyendo pero no limitado a hacer contribuciones a los candidatos para la oficina federal, estatal o local y se dirige a asuntos de importancia pública. Las contribuciones de COPE de SEIU no son deducibles para los propósitos del impuesto del ingreso federal.

Si, quiero contribuir \$10 mensuales al COPE de SEIU

Si, quiero contribuir \$5 mensuales al COPE de SEIU

Nombre _____

Tel. _____ Tel. Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código _____

Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____

Fondo para el Comité para la Educación Política (C.O.P.E)

Reverendo Martin Luther King Jr./César Chávez

Autorizo por este medio a mi gerencia para que deduzca de mi paga la suma de \$5.00 al mes o la cantidad en el cuadro marcado y transmitir esa cantidad al COPE de SEIU. Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento por escrito. Esta autorización es hecha voluntariamente en mi entendimiento específico que: Sólo los miembros del sindicato y el personal ejecutivo/ administrativo del sindicato que sean ciudadanos de EU o residentes permanentes legales son elegibles para contribuir al COPE de SEIU; la firma de esta tarjeta de autorización y el hacer estas contribuciones voluntarias no son condiciones de la membresía en el Sindicato ni del empleo por mi gerencia; Las cantidades de contribución en esta forma son simplemente sugerencias, y yo puedo contribuir más o menos por este o algún otro medio sin el miedo de favor o desventaja del sindicato o de mi gerencia; puedo rechazar el contribuir sin represalia; el COPE de SEIU, que está conectado con el Service Employees International Union, usa el dinero que recibe para propósitos políticos, incluyendo pero no limitado a hacer contribuciones a los candidatos para la oficina federal, estatal o local y se dirige a asuntos de importancia pública. Las contribuciones de COPE de SEIU no son deducibles para los propósitos del impuesto del ingreso federal.

Si, quiero contribuir \$10 mensuales al COPE de SEIU

Si, quiero contribuir \$5 mensuales al COPE de SEIU

Nombre _____

Tel. _____ Tel. Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código _____

Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____

Fondo para el Comité para la Educación Política (C.O.P.E)

Reverendo Martin Luther King Jr./César Chávez

Autorizo por este medio a mi gerencia para que deduzca de mi paga la suma de \$5.00 al mes o la cantidad en el cuadro marcado y transmitir esa cantidad al COPE de SEIU. Esta autorización puede ser anulada en cualquier momento por escrito. Esta autorización es hecha voluntariamente en mi entendimiento específico que: Sólo los miembros del sindicato y el personal ejecutivo/ administrativo del sindicato que sean ciudadanos de EU o residentes permanentes legales son elegibles para contribuir al COPE de SEIU; la firma de esta tarjeta de autorización y el hacer estas contribuciones voluntarias no son condiciones de la membresía en el Sindicato ni del empleo por mi gerencia; Las cantidades de contribución en esta forma son simplemente sugerencias, y yo puedo contribuir más o menos por este o algún otro medio sin el miedo de favor o desventaja del sindicato o de mi gerencia; puedo rechazar el contribuir sin represalia; el COPE de SEIU, que está conectado con el Service Employees International Union, usa el dinero que recibe para propósitos políticos, incluyendo pero no limitado a hacer contribuciones a los candidatos para la oficina federal, estatal o local y se dirige a asuntos de importancia pública. Las contribuciones de COPE de SEIU no son deducibles para los propósitos del impuesto del ingreso federal.

Si, quiero contribuir \$10 mensuales al COPE de SEIU

Si, quiero contribuir \$5 mensuales al COPE de SEIU

Nombre _____

Tel. _____ Tel. Celular _____

Dirección _____

Ciudad _____ Código _____

Correo Elect. _____

Firma _____ Fecha _____