



Solicitud para Afiliación E.E.U.U.

Form No. 107S Rev 05/20

[POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE]

PRIMER NOMBRE

INICIAL

SR STRA SRA APELLIDO

JR III
 SR IV
 II V

DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL COMPLETO

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)

FECHA DE EMPLEO (mes/día/año)

N°. DE SEGURO SOCIAL (Solo los últimos cuatro)

X X X - X X -

N°. DE TELÉFONO

EMPLEADOR ACTUAL

CLASIFICACIÓN

INDUSTRIA DONDE ESTÁ EMPLEADO

FERROCARRIL
 GOBIERNO
 CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENO ADENTRO
 CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENTO AFUERA
 SERVICIOS PÚBLICOS
 TELECOMUNICACIONES
 RADIODIFUSIÓN
 FABRICACIÓN
 OTROS

¿CÓMO SE HIZO MIEMBRO DEL I.B.E.W.® ? [ESCOGA UNO]

FUI ORGANIZADO
 FUI ORGANIZADO CUANDO ERA UN APRENDIZ
 FUI SELECCIONADO PARA UN APRENDIZAJE
 SOY UN EMPLEADO NUEVO
 OTROS

*** GÉNERO** MASCULINO FEMENINO

*** RAZA Y ETNIA**

BLANCO AFRICAN / AMERICANO
 ASIÁTICO LATINO
 DOS O MAS CARRERAS
 NATIVO AMERICANO/INDÍGENA
 HAWAIANO NATIVO /OTRO ISLA DEL PACÍFICO

¿HA SIDO MIEMBRO DEL I.B.E.W.® ALGUNA VEZ?

SI NO UNIÓN LOCAL ESTADO

¿SI LO HA SIDO DÓNDE?

¿ES UN VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS? SI NO

REGISTRADO EL/LA VOTANTE?

SI NO

* El envío de esta información es voluntario y se mantendrá confidencial. Las categorías particulares de género, raza y origen étnico recopiladas son aquellas que buscan las leyes federales aplicables según las cuales ciertos sindicatos locales deben reportar dicha información de manera agregada y resumida al gobierno federal. Si elige no autoidentificarse, el gobierno federal puede requerir que esta información se determine mediante una encuesta visual y / u otra información disponible.



OBLIGACIÓN DEL I.B.E.W.®

"Yo, el abajo firmante, en la presencia miembros de la Hermandad Internacional de Trabajadores en Electricidad (International Brotherhood of Electrical Workers®), prometo y acuerdo conformarme y atenerme por la Constitución y leyes del I.B.E.W.® y sus Uniones Locales. Yo fomentaré los propósitos por los cuales el I.B.E.W.® es instituido. Yo sostendré lealtad verdadera al I.B.E.W.® y no sacrificaré su interés en ninguna manera."

UNIÓN LOCAL FECHA DE SOLICITUD (mes/día/año)

A SER FIRMADO POR EL SOLICITANTE - POR FAVOR NO ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

LA PORCIÓN INFERIOR PARA SER LLENADA POR EL SECRETARIO DE LA UNIÓN LOCAL

NÚMERO DE TARJETA FECHA DE INICIACIÓN (mes/día/año) CUOTO DE ADMISIÓN PAGADA

* TIPO DE AFILIACIÓN "A" "BA" ¿PAGADA \$2.00 CUOTA DE ADM A PENSIÓN? Si No