



ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE APOYO A LA EDUCACIÓN
ASOCIACIÓN DE EDUCACIÓN ESTATAL DE NEVADA
ASOCIACIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN



Formulario de inscripción de miembros

EL MIEMBRO DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN					
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE SEGURO SOCIAL		
LUGAR DE TRABAJO		TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO DE LA CASA	TELÉFONO CELULAR	
TÍTULO DEL PUESTO		CORREO ELECTRÓNICO			
TURNO (Escriba en horas: es decir, 3-11 p. m.)		HORAS TRABAJADAS POR DÍA		MESES POR AÑO	
TIPO DE MEMBRESÍA		MÉTODO DE PAGO			
5.0 hrs + Tiempo completo		4.1 - 4.9 hrs Medio tiempo		Nómina tiempo completo \$29.61 medio tiempo \$15.37	

* La siguiente información es opcional y no responderla no afectará en modo alguno su condición de miembro, sus derechos o beneficios en la NEA, NSEA o ESEA.

SEXO:	FECHA DE NACIMIENTO:	GRUPO ÉTNICO:	VOTANTE REGISTRADO:
Masculino Femenino	____/____/____ Mes Día Año	Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Hispanico	Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, AFILIACIÓN PARTIDARIA: Demócrata Republicano Independiente No partidista

Fondo de la NEA para los Niños y la Educación Pública Autorización para la deducción de nómina

El Fondo de la Asociación Nacional de Educación para los Niños y la Educación Pública (National Education Association Fund for Children and Public Education) recauda contribuciones voluntarias de los miembros de la Asociación y utiliza esas contribuciones con fines políticos, entre otras cosas, para hacer contribuciones y gastos en nombre de aliados de la educación pública que son candidatos a cargos federales. Las contribuciones al Fondo de la NEA para los Niños y la Educación Pública son voluntarias; hacer una contribución no es una condición para el empleo ni para ser miembro de la Asociación, y los miembros tienen derecho a negarse a contribuir sin sufrir ninguna represalia. Aunque el Fondo de la NEA para los Niños y la Educación Pública solicita una contribución anual de \$15, esto es solo una sugerencia. Un miembro puede contribuir más o menos del monto sugerido, o puede no contribuir nada, sin que ello afecte su condición de miembro, sus derechos o sus beneficios en la NEA o en cualquiera de sus afiliados. Las contribuciones o donaciones al Fondo de la NEA para los Niños y la Educación Pública no se deducen como contribuciones caritativas a efectos del impuesto federal sobre la renta. La ley federal nos exige que hagamos todo lo posible para recopilar e informar el nombre, la dirección postal, la ocupación y el nombre del empleador de cada persona cuyas contribuciones superen los \$200 en un año calendario. La ley federal prohíbe al Fondo de la NEA para los Niños y la Educación Pública recibir donaciones de personas que no sean miembros de la NEA y sus afiliados, y sus familias directas. Todas las donaciones de personas que no sean miembros de la NEA y sus afiliados, y sus familias directas, se devolverán inmediatamente.

Sí, quiero hacer una inversión importante en nuestro futuro contribuyendo al Fondo de la NEA.
Contribuiré con \$ _____ por cheque de pago como deducción de nómina para este propósito.

PARA PARTICIPAR EN EL PLAN DE INSCRIPCIÓN ANTICIPADA, COMPLETE EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ANTICIPADA.

Mi firma autoriza a la ESEA a negociar por mí ante el distrito escolar, según lo dispuesto en los Estatutos de Nevada, aquellos asuntos que afecten mi salario, horas y condiciones de empleo y a representarme en otros asuntos que afecten los servicios profesionales de los educadores y la calidad de la educación.

Autorización de deducción de nómina. Con pleno conocimiento de lo anterior, autorizo a mi empleador a deducir de mi salario, y a pagar a la ESEA, de acuerdo con el procedimiento de deducción de nómina acordado, las cuotas profesionales establecidas anualmente y las contribuciones de acción política en el monto indicado anteriormente para este año de afiliación y cada año posterior, siempre que pueda revocar esta autorización mediante una notificación por escrito a tal efecto a la ESEA entre el 1 y 15 de julio de cualquier año calendario, de conformidad con el Artículo III Sección 3 de los Estatutos de la ESEA. Las cuotas se pagan anualmente y, aunque pueden deducirse de mi(s) cheque(s) de nómina a fin de proporcionar un método de pago más fácil, el miembro está obligado a pagar la totalidad de las cuotas de un año de afiliación. Entiendo que si renuncio a mi membresía en la ESEA, o en caso de despido, renuncia o retiro del empleo, sigo estando obligado a pagar el saldo de mis cuotas anuales y las contribuciones de imagen política o positiva para ese año de membresía y dichos pagos continuarán siendo deducidos de mi(s) cheque(s) de nómina.

Las cuotas y contribuciones políticas no se deducen como contribuciones caritativas a efectos del impuesto federal sobre la renta. Las cuotas pueden deducirse como deducciones varias detalladas.

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA

AGENTE DE LA ASOCIACIÓN

FECHA

Marque aquí si desea que le enviemos una copia de este formulario por correo electrónico.

NEA Complimentary Life® Insurance Beneficiary Registration Form

NEA Complimentary Life® Insurance is an automatic benefit for eligible NEA members. Please help us administer this program by giving us information on your beneficiary and by completing this form in its entirety. **This information will be held in strict confidence.** Thank you.

PLEASE PRINT

Your Name _____
Address _____
City _____ State _____ Zip _____
Phone (____) _____ / _____ / _____ Social Security No. _____
Month Day Year

Select your beneficiary for the NEA Complimentary Life® death benefit:

- (1) ☐ Surviving spouse (at time of death)
- (2) ☐ Surviving children (divided equally)
- (3) ☐ Surviving parents
- (4) ☐ Estate
- (5) ☐ Other

Name _____
Relationship _____
(if selecting partner, provide name of beneficiary and relationship to you.)

I am currently an:

- (1) ☐ Active (2) ☐ Life* (3) ☐ Reserve (4) ☐ Staff
- * Life members must be actively employed in the field of education.

Marital status:

- (1) ☐ Single (2) ☐ Married
- (3) ☐ Separated, Divorced, Widowed

Are you the major wage earner in your household?

- (1) ☐ Yes (2) ☐ No (3) ☐ About the same

Gender:

- (1) ☐ Male (2) ☐ Female

I have been a continuous NEA member since the _____ school year.

By signing this form, I verify that I am a member in good standing of the National Education Association.

Member's Signature **X** _____ Date Signed _____

NEA Complimentary Life® Insurance Benefits

(Formerly known as DUES-TAB®)

**Free coverage for
eligible members:
Up to \$50,000 in
accidental death
and dismemberment
insurance and a
\$150,000 benefit for
death due to
homicide while
actively engaged in
your occupation.**