



IMPORTANT INSTRUCTIONS TO HELP YOU ENROLL IN THE TRAINING AND EMPLOYMENT FUNDS

Welcome to the 1199SEIU Training and Employment Funds. To help you properly enroll in the Fund, please follow these instructions while completing the attached "Enrollment Form." Be assured that any information that you provide about yourself will be held in strictest confidence. Where applicable, answer each question completely. Remember to attach a clear copy of any legal document(s) that need to accompany your enrollment form (do not send originals).

Please make sure that you sign and date the form, then mail it along with the required documents to:

1199SEIU Training and Employment Funds
c/o Eligibility Department
Times Square Station
PO Box 1035
New York, NY 10108-1035

Call the Member Services Department at (646) 473-9200 if you have any questions or need assistance in completing the form.

MEMBER INFORMATION

SECTION ONE

In the spaces provided, please print your last name, first name and middle initial. Include your correct Social Security number, date of birth, sex, home address (*including your apartment number*), area code and home phone number.

YOUR 1199SEIU EMPLOYER AND PRIOR EMPLOYMENT HISTORY

SECTION TWO

• **Your Current 1199SEIU Employer** - In the spaces provided, please print the name and address of the place where you are currently working. Next to "Starting Date" on the form, fill in the month, day and the year you started working there. Please complete all items. If you are a Registered Nurse, please box indicated.

Multiple Employers:

• If you are currently working for another employer, please tell us this information.

• **Your Prior Employment History** - Print the name and address of your last two (2) employers. Check 'Yes or No' to indicate whether any of these employers were affiliated with 144, 1199 or 1115. Indicate the date you first started working there and date your employment ended.

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA AYUDARLE A INSCRIBIRSE EN EL FONDO DE ENTRENAMIENTO Y DEL EMPLEO

Bienvenido a 1199SEIU Fondo de Entrenamiento y del Empleo. Para ayudarle a inscribirse en el Fondo, sírvase seguir estas instrucciones al llenar el “Formulario de inscripción” adjunto. Tenga la seguridad de que cualquier información suministrada por usted con respecto a usted mismo, se mantendrá estrictamente confidencial. Según sea aplicable, conteste cada pregunta completamente. Recuerde anexar una copia claramente legible de cualquier documento legal que debe incluir con su formulario de inscripción (*no envíe los originales*).

Recuerde firmar y fechar el formulario y luego envíelo por correo junto con los documentos necesarios, a la siguiente dirección:

1199SEIU Training and Employment Funds
c/o Eligibility Department
Times Square Station
PO Box 1035
New York, NY 10108-1035

Llame al Departamento de Servicios para los Miembros al (646) 473-9200 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario.

DATOS DEL MIEMBRO

SECCIÓN UNO

En los espacios provistos, sírvase escribir en letra de molde su apellido, nombre e inicial. Incluya su número de seguro social correcto, fecha de nacimiento, sexo, dirección de su domicilio (*incluso el número de su apartamento*), código de área y número de teléfono de su domicilio.

SU EMPLEADOR 1199SEIU Y SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES

SECCIÓN DOS

• **Su Empleador 1199SEIU Actual** - Sírvase indicarnos dónde trabaja actualmente: En los espacios provistos, escriba en letra de molde el nombre y dirección del lugar donde trabaja actualmente. Al lado del “Fecha de Comienzo” en el formulario, indique el mes, día y año en que comenzó a trabajar en dicho lugar. Sírvase llenar todos los renglones. Si usted es Enfermera Registrada, sírvase marcar con un ✓ en el renglón indicado.

Múltiples empleadores

• Si usted trabaja actualmente para otro empleador, sírvase indicarnos esta información.

• **Sus Antecedentes de Empleos Anteriores** -Escriba en letra de molde el nombre y dirección de sus últimos dos (2) empleadores. Marque ✓ bajo “sí” o “no” para indicar si alguno de estos empleadores estuvo afiliado con la 144,1115 o 1199. Indique la fecha en que comenzó a trabajar en dicho lugar y la fecha de terminación de su empleo.

—

—

**Training
&
Employment
Only**

The 1199SEIU Training and Employment Funds

Times Square Station, PO Box 1035, New York, NY 10108-1035

ENROLLMENT FORM
Formulario de Inscripción

THIS FORM IS STRICTLY CONFIDENTIAL. YOU MUST ANSWER ALL THE QUESTIONS, PRINT CLEARLY IN INK AND SIGN THE BACK.
ESTE FORMULARIO ES EstrictAMENTE CONFIDENCIAL. USTED DEBE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. ESCRIBA CON TINTA EN LETRA DE MOLDE Y FIRME EL FORMULARIO AL DORSO.

MEMBER INFORMATION / DATOS DEL MIEMBRO **SECTION ONE / SECCIÓN UNO**

MEMBER NAME <i>Nombre del Miembro</i> (Last) <i>(Apellido)</i>	(First) <i>(Nombre)</i>	(M.I.) <i>(Inicial)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Número de Seguro Social</i>	DATE OF BIRTH <i>Fecha de Nacimiento</i>	SEX <i>Sexo</i>
ADDRESS <i>Dirección</i>			APT. # <i>Apartamento #</i>		
CITY <i>Ciudad</i>			STATE <i>Estado</i>		
ZIP CODE <i>Zona Postal</i>			AREA CODE & HOME PHONE NUMBER <i>Código de área y número de teléfono residencial</i>		
For purposes of statistical/demographic information, we ask you to provide the following information. PLEASE CHECK ONE: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Other <i>Para propósitos de información estadística/demográfica, solicitamos nos puedan proveer la siguiente información.</i> <i>Por favor marque una:</i> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro			MARITAL STATUS <i>Estado Civil</i>		
			E-MAIL:		

1199SEIU EMPLOYER & EMPLOYMENT HISTORY / SU EMPLEADOR 1199SEIU SUS ANTECEDENTES DE EMPLEO ANTERIORES **SECTION TWO / SECCIÓN DOS**

YOUR 1199SEIU EMPLOYER *Su empleador 1199SEIU* _____ WORK PHONE *Número del teléfono del empleador* _____

ADDRESS *Dirección* _____

CITY *Ciudad* _____ STATE *Estado* _____ ZIP CODE *Zona Postal* _____

STARTING DATE *Fecha de Comienzo* _____ FULL-TIME PART-TIME PER DIEM TEMP. Hours Per Week *Horas por semana* _____ PAY PER WEEK \$ *Pago por semana \$* _____

Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.

JOB TITLE *Título del Cargo* _____ DEPT. *Departamento* _____ CHECK BOX IF REGISTERED NURSE
Marque esta casilla si es enfermera registrada

IF YOU WORK FOR ANOTHER 1199SEIU EMPLOYER, NAME OF OTHER EMPLOYER: _____
Si trabaja para otro empleador 1199SEIU, nombre del otro empleador

ADDRESS *Dirección* _____

CITY *Ciudad* _____ STATE *Estado* _____ ZIP CODE *Zona Postal* _____

STARTING DATE *Fecha de Comienzo* _____ FULL-TIME PART-TIME PER DIEM TEMP. HOURS PER WEEK *Horas por semana* _____ PAY PER WEEK \$ *Pago por semana \$* _____

Tiempo Completo Tiempo Parcial Jornalero Temp.

PLEASE INDICATE PREVIOUS EMPLOYMENT *Por favor indique el empleo anterior*

EMPLOYER <i>Empleador</i>	JOB <i>Empleo</i>			CITY <i>Ciudad</i>	STATE <i>Estado</i>	DATE STARTED <i>Fecha de Comienzo</i>			DATE ENDED <i>Fecha de Terminación</i>		
	LOCAL	YES <i>Si</i>	NO <i>No</i>			MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>	MONTH <i>Mes</i>	DAY <i>Día</i>	YEAR <i>Año</i>
1. _____	Local 144	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	Local 1199	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	Local 1115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

PLEASE CONTINUE COMPLETION OF THIS FORM ON REVERSE SIDE *Sírvase continuar llenando el formulario al dorso*

