

SOLICITUD DE MEMBRESÍA

En la ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES DE HIERRO DE PUENTES, ESTRUCTURALES, ORNAMENTALES Y REFUERZOS, Afiliado con A.F.L.-C.I.O.

- Iniciación Aprendiz Organizado
- Reinstalación Oficial Cascos a Cascos

Fecha _____ Sindicato _____ Ciudad _____ Estado/Provincia _____

Deseando ser miembro de la Asociación Internacional de Trabajadores de Hierro de Puente, Estructurales, Ornamentales y Refuerzo, por la presente presento una solicitud con la tarifa correspondiente, y en consideración de ser miembro, acepto voluntariamente todas las disposiciones de la Constitución, incluidas las enmiendas como puede ser adoptado en adelante, y los Estatutos de los Sindicatos Locales, Consejos de Distrito y otros cuerpos subordinados de los cuales pueda ser miembro en cualquier momento.

Nombre del solicitante _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

Dirección Permanente _____

Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código Postal _____ Numero de Telefono _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social # _____

¿Está dispuesto a asumir una obligación que no entrará en conflicto con su creencia religiosa o su deber como ciudadano?

Yo, acepto que, en caso de que en el futuro se descubra que he cometido errores en cuanto a mis calificaciones para ser miembro de la Asociación, o que obtuve la membresía a través de fraude, declaraciones falsas o de lo contrario, se me excluirá de todos los derechos y beneficios provistos por esta Asociación.

Por lo presente, designo a la Asociación Internacional de Trabajadores de Hierro Puente, Estructural, Ornamental y de Refuerzo para que actúe (a través de un Sindicato local o de otro modo) como mi único agente y representante en toda negociación colectiva y otras negociaciones que me afecten a mí u otros miembros del Sindicato mencionado anteriormente, ya sea bajo el funcionamiento de la Ley Nacional de Relaciones Laborales o de otra manera; o en Dominion de Canadá, las leyes federales o provinciales aplicables.

Por lo presente, prometo solemnemente y sinceramente mi honor que, sin equivocación ni evasión, y lo mejor que pueda, cumpliré con la Constitución y los Estatutos, y la escala de salarios adoptada por ella; que cumpliré con la voluntad de la mayoría; que en todo momento, por todos los medios honorables dentro de mi poder, conseguiré empleo para los miembros de esta Unión; y que en todo momento seré respetuoso en palabra y acción con cada persona, y seré considerado con las viudas, viudos, huérfanos y los débiles e indefensos; y no hacerle mal a un miembro de esta Unión ni veré a alguien perjudicado si está en mi poder evitar lo mismo.

Por lo presente, acepto que si no pago las cuotas y / o evaluaciones y / o multas dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha debido, mi membresía en esta Asociación se perderá automáticamente.

He leído y acepto cumplir con los términos y condiciones contenidos en los Estándares de Excelencia, que es parte de la Constitución Internacional como Apéndice C. **Iniciales aquí** (_____)

Esta solicitud debe completarse por completo. De lo contrario, cualquier falsificación de información anulará la solicitud o, en caso de que se otorgue la membresía, será causa de cancelación de la misma.

Fecha _____ Firma del Solicitante _____
El solicitante debe firmar aquí.

Coloque X en el espacio opuesto a la clasificación bajo la cual el solicitante fue examinado y aceptado. Firma del Gerente Comercial, Examinador de Comité o Representante Internacional.

- Journeyman Ironworker _____
- Journeyman Structural Ironworker _____
- Journeyman Rodman _____
- Journeyman Finisher _____
- Journeyman Rigger, Machinery Mover, Erector _____
- Sheeter Welder _____
- Navy Yard Rigger Ship Yard Rigger _____
- Otro (Especifique) _____

LA FECHA DE MEMBRESÍA CORRESPONDERÁ CON EL PRIMER PAGO DE CUOTAS. LAS CUOTAS DEL PRIMER MES DEBEN CORRESPONDER CON LA FECHA DE PAGO DE LA TARIFA. EL SECRETARIO FINANCIERO-TESORERO DEBE REGISTRAR EL PAGO DE LAS TARIFAS Y LAS CUOTAS DEL PRIMER MES A CONTINUACIÓN:

FECHA DE MEMBRESIA _____

FECHA DE PAGO DE TARIFAS _____ **CANTIDAD** _____ **FECHA DE PAGOS DE LAS CUOTAS** _____ **CANTIDAD** _____



Name:		Email:	
Address:			
City:		State:	Zip Code:
Current Employer:		Job Location:	
<i>For Tracking Purposes</i>			
<i>Ethnicity</i>			
<input type="checkbox"/>	Hispanic or Latino		
<input type="checkbox"/>	Not Hispanic or Latino		
<i>Race</i>			
<input type="checkbox"/>	American Indian		
<input type="checkbox"/>	Alaska Native		
<input type="checkbox"/>	Asian		
<input type="checkbox"/>	Black or African-American		
<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian		
<input type="checkbox"/>	Pacific Islander		
<input type="checkbox"/>	White		
<input type="checkbox"/>	Other (Specify) _____		
<i>Active Military or Veteran</i>			
<input type="checkbox"/>	Yes		
<input type="checkbox"/>	No		
Today's Date: _____			

REGIONAL DISTRICT COUNCIL FRINGE BENEFITS FUNDS

PO BOX 4148, PORTLAND, OREGON 97208

PHONE 800-846-0611

 NEW **TR 80** FOR OFFICE USE ONLY

ET _____

EFF _____

PLEASE PRINT

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ M F FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION DE CORREO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO postal _____

NUMERO DE TELEFONO: _____ TELEFONO DE CASA CELULAR

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

EMPLEADOR: _____ LOCAL NUMBER: _____

ME PRESENTO ESTA: PARA ACTUALIZAR LA INFORMACION COMO NUEVO PARTICIPANTE PARA AGREGAR MIEMBROS DE LA FAMILIA PARA ELIMINAR LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SI SUPRESION ES DEBIDO AL DIVORCIO DAR FECHA DE DIVORCIO (DECRETO) FINAL
FECHA DE DIVORCIO _____

MIEMBROS DE LA FAMILIA LISTA ELIMINADO _____

ESTAS CASADO?? SI NO SI ES ASI, POR FAVOR DAR FECHA DE ATRIMONIO _____USTED O ALGUN FAMILIAR TIENE ALGUNA OTRA COBERTURA DE GRUPO? SI NO

COMPANIA O NOMBRE DEL PLAN _____

LISTA DE LOS NINOS TODO ELEGIBLES

IMPORTANTE: SIRVASE FACILITAR COPIAS DE CERTIFICADOS DE NACIMIENTO PARA TODOS LOS DEPENDIENTES.

1. NOMBRE: _____ MARCAR SI ES HIJASTRO:

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F2. NOMBRE: _____ MARCAR SI ES HIJASTRO:

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F3. NOMBRE: _____ MARCAR SI ES HIJASTRO:

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F4. NOMBRE: _____ MARCAR SI ES HIJASTRO:

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F5. NOMBRE: _____ MARCAR SI ES HIJASTRO:

APELLIOO, NOMBRE, INICIAL

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: M F**BENEFICIARIOS PARA FONDOS DE RETIRO Y VACACIONES**

1. BENEFICIARIO PRIMARIO: _____

RELACION CON MIEMBROS: _____

2. BENEFICIARIO CONTINGENTE: _____

RELACION CON MIEMBROS: _____

ESTOY DE ACUERDO QUE, EN EL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO Y CREENCIA, TODAS LAS DECLARACIONES Y RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS EN ESTE FORMULARIO DESIGNACION DE INSCRIPCION / BENEFICIARIO SON COMPLETOS Y VERDADEROS Y ESTOY DE ACUERDO QUE SERA LA BASE DE CUALQUIER COBERTURA DE BENEFICIOS.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

**International Association of Bridge, Structural, Ornamental & Reinforcing
Iron Workers Local Union 846 & 847**

PAGOS POR DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA

Yo por la presente autorizo y ordeno a cualquier Empleador signatario de cualquier acuerdo de negociación colectiva con la Asociación Internacional de Trabajadores de Puentes, Estructuras, Ornamentales y Hierro de Refuerzo, **Local 846 u 847** para quien yo trabajo, que deduzcan de mi cheque de pago dichas cantidades que pueden haber actualmente o en el futuro autorizadas por el Unión Local o el acuerdo de negociación colectiva correspondiente para pago por deducción automática por las cuotas de membresía, cuotas de iniciación, cuotas administrativas, cuotas de trabajos y cuotas de agencia equivalentes y mi Empleador debe enviar dicha deducción automática a la Unión Local como es requerido en el acuerdo de negociación colectiva.

Esta autorización será irrevocable por el período de un año o hasta la terminación del acuerdo de negociación colectiva en efecto entre la Unión y mi Empleador, lo que suceda primero. Acepto que esta autorización se renovará automáticamente por períodos sucesivos de un (1) año o hasta la terminación del acuerdo de negociación colectiva, lo que sea menos tiempo, a menos que yo lo revoque por escrito a mi Empleado y Union Local no más de veinte (20) días y no menos de diez (10) días antes de la fecha de renovación anual correspondiente. Acepto que esta autorización es independiente y no es un intercambio por la afiliación de membresía con la Union Local, pero reconozco el valor de los servicios que me brinda la Union Local. Continuara en pleno vigor y efecto incluso si renuncio a mi membresía con la Union Local, excepto si se revoca debidamente de la manera prescrita anteriormente.

Las cuotas y los derechos de la Unión no son deducibles como contribuciones caritativas con respecto a los impuestos Federales o Estatales. Las cuotas locales pueden calificar como gastos de negocio bajo ciertas circunstancias consistentes con cualquier restricción contenida en el código de Rentas Internas.

Este trabajo fue ejecutado este día _____

Firma _____ Numero de Seguro Social _____

Nombre Completo _____

Nombre

Apellido

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono _____ Fecha de Nacimiento _____

Autorización Para Representación

Por lo presente autorizo al Sindicato Local 846/847 de la Asociación Internacional de Trabajadores de Puentes, Estructuras, Ornamentales y de Hierro de Refuerzo (AFL-CIO) (el "Sindicato") a representarme para el propósito de negociar colectivamente sobre sueldo, horas de trabajo y otros términos y condiciones de trabajo con mi empleador nombrado abajo. Esta autorización no se vence, es un acuerdo obligatorio y valido hasta que yo lo anule por escrito. Al firmar esta Autorización, entiendo que estoy solicitando que el Sindicato me represente y que esta tarjeta se puede usar para obtener el reconocimiento voluntario de la Union por mi empleador sin tener una elección, o para obtener una elección con la Junta Nacional de Relaciones Laborales (NLRB).

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

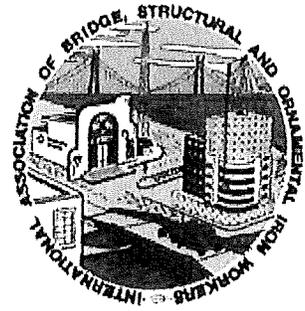
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Teléfono Celular Correo Electrónico

Nombre de Empleador _____

Dirección de Empleador Ciudad Estado Código Postal

Clasificación _____ Testigo _____



Trabajadores en Hierro

Estándares de Excelencia

El propósito de los estándares de excelencia para los trabajadores en hierro es para reforzar el orgullo de cada trabajador en hierro y demostrar nuestro compromiso para ser los más expertos, los más productivos y los más seguros artesanos de los comercios de Construcciones.

Como trabajadores en hierro de la unión, nos prometemos mantener nuestra palabra, según lo dado con nuestro Acuerdo de Negociación Colectivo, y exhibir el profesionalismo esperado de nuestro arte y nuestra unión en todos los aspectos de nuestro empleo como ejemplificado por los valores encajado en nuestros estándares de la excelencia.

Es un compromiso para utilizar nuestro entrenamiento y habilidades, cada día, para producir el trabajo de alta calidad digno de nuestro nombre y constante con el acuerdo que estipula colectivo.

Como un Trabajador en Hierro, estoy de acuerdo con:

1. Adherir a mis responsabilidades según los términos del Acuerdo de Negociación Colectivo para el principio y final de tiempos, así como tiempos de rotura y almuerzo.
2. Permitir que mis Representantes manejen cualquier desacuerdo o violaciones rechazando entrometerse en las interrupciones de trabajo ilegales, desaceleraciones o cualesquiera actividades que afectan nuestro buen nombre.
3. Respetar los derechos del Cliente y el Patrón, la propiedad ya las herramientas como hago mis propios.
4. Alcanzar mis responsabilidades de presentarme cada día; equipado para trabajar sin participar en el abuso de sustancia.
5. Cooperar con el Cliente y el Patrón para satisfacer sus responsabilidades estatutarias, reguladoras y contractuales de mantener un lugar de trabajo seguro, sano y sanitario.
6. Hacer todo lo posible para trabajar en una manera consecuente con la calidad, productividad y seguridad de cada trabajo donde soy asignado.
7. Hacer todo lo posible para ayudar a cada compañero de trabajo regresar a su casa seguro al fin del día.

Los Estándares de Excelencia de trabajadores en hierro aumentarán el orgullo, la productividad y el arte de cada trabajador en hierro en todas partes de Norteamérica. Estos estándares mejorarán condiciones en el lugar de trabajo, aumentaran las oportunidades de trabajo, y ayudaran mantener nuestros salarios, beneficios y nivel de vida. Además, los Estándares de Excelencia ayudarán a nuestros patrones signatarios a completar sus proyectos a tiempo, presupuesto, y sin heridas o accidentes.

De acuerdo con el Artículo XXVI de la Constitución Internacional, cargas y multas pueden ser puestos contra cualquier miembro por violaciones de los Estándares de Excelencia de trabajadores en hierro, incluso, pero no limitados con los motivos siguientes:

- Aceptando un trabajo y no reportar para trabajar.
- El fallar las calificaciones de pre-empleo.
- Terminación por ausentismo excesivo.

Multas para la primera ofensa no será menos de 100.00 dólares o no más que la paga de un (1) día incluyendo beneficios y gravámenes de trabajo.

Reconozco esta responsabilidad y prometo mi palabra al mismo.

Firma

Número de Seguro Social

Fecha

REGIONAL DISTRICT COUNCIL
FRINGE BENEFIT FUNDS

AUTORIZACION A CONTRIBUCIONES DE TRANSFERENCIA DE
ACUERDO CON EL ACUERDO INTERNACIONAL DE RECIPROCAL DE
TRABAJADORES DE HIERRO

NOMBRE: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

DIRECCION DE CASA: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

TELEFONO: _____ SS#: _____ DOB: _____

INICIO LOCAL #: _____ LIBRO DE LA UNION#: _____

Por lo presente elijo o no elijo, como se indica a continuación, que las contribuciones que se paguen en mi nombre a los Fondos de Beneficios Marginales del Consejo Regional de Distrito, se transfieran a mis fondos locales de origen. Entiendo que esta Autorización solo es válida con respecto a los fondos locales de origen que han ejecutado acuerdos con los Fondos de Beneficios Marginales del Consejo Regional de Distrito para permitir la transferencia de contribuciones. No se transferirán contribuciones por un periodo anterior a 60 días a partir de la fecha en que los Fondos de Beneficios Marginales del Consejo Regional de Distrito recibieron la autorización de un participante para transferir fondos.

Elegio No Elegio para que mis contribuciones de SALUD sean remitidas a mi Fondo de Salud Local.

Elegio No Elegio para que mis contribuciones de PENSION se envíen a mi (s) Fondo (s) de Pensiones Local de origen. (Entiendo que, si tengo más de un Fondo de pensión local, las contribuciones transferidas en mi nombre se dividirán entre los Fondos de pensión local en la forma y los porcentajes / montos decididos por los fideicomisarios de mis Fondos de pensión local.

Entiendo que los Fondos de Beneficios Marginales del Consejo Regional de Distrito actuaran únicamente como el agente de mi (s) fondo (s) local (es) y, como tal, estaré sujeto a las reglas de elegibilidad / reciprocidad de mi (s) fondo (s) local (es) después de la transferencia de contribuciones. Por lo presente libero (en mi nombre y en nombre de cualquier persona que reclame a través de mi) y descargo aun mas los Fondos de Beneficios Marginales del Consejo Regional de Distrito y sus Fideicomisarios de y de todos los reclamos, demandas, acollones causas de acollones o demandas con respecto a cualquier contribución así transferida y por cualquier beneficio o crédito que se hubiera acumulado o me hubiera sido pagadero si no hubiera autorizado esta transferencia de contribuciones. Además, reconozco que la transferencia de contribuciones a mi (s) fondo (s) local (es) puede o no ser beneficios para mi y / o mis beneficiarios.

FECHA DE FIRMA: _____ FIRMA: _____

Los Formularios Recíprocales Completados Deben Ser Devueltos A La Oficina Del Fondo En:
Reginal District Council Fringe Benefit Funds
C/O William C. Earhart Company, Inc.
P.O. Box 4148 ·Portland, Oregon 97208
Gratis: (800) 846-0611 · Fax: (503) 284-9386

Por Favor Mantenga Una Copia Para Usted Mismo Y Una Copia Para Enviar A Su Administración Local Del Fondo Local.

CURRÍCULO DE ENTRENAMIENTO A-RODMEN

Los requisitos mínimos para que A-Rodmen con experiencia se conviertan en Journeymen son:

NOMBRE DEL CURSO	HORAS DEL CURSO
OSHA 10 o 30*	10 o 30
Primeros Auxilios en Resucitación Cardiopulmonar (CPR)	8
Curso de Tendones Postensado No Unido	40
Curso de Aparejo/Persona de Señales	8
Curso de Montacargas (Forklift)	4
Curso de Reforzamiento Básico (Términos y Técnicas)	16
Curso de Leer Planos	12
Curso de Protección contra caídas	6
TOTAL (min.)	104

Experiencia en el trabajo - Mínimo 4000 horas

A-RODMEN A JOURNEYMEN RODMEN MEJORAS

Una vez completado el plan de estudios de capacitación de A-Rodmen mencionado anteriormente, la Local 846/847 JATC le dará a ese miembro una evaluación escrita y práctica. También tendrán que ser evaluados por su empleador. Después de obtener una puntuación de pase ese miembro será avanzado a Journeyman.

A-Rodmen que no completen el currículo de capacitación de A-Rodmen mencionado anteriormente podrán progresar al tener 7,000 horas de trabajo verificables y pasar una evaluación escrita y práctica dada por la unión. También tendrán que pasar una evaluación de su empleador.

En el marco del proceso de evaluación local 846/847 JATC, también podrán en el nivel adecuado del programa de aprendizaje.

La membresía de A-Rodman califica como una entrada directa a todos los programas de aprendizaje. Trabajo y la experiencia en el aula se acreditará al estudiante después de la verificación.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____