



DOUBLE DUES REFUND REQUEST

When appropriately requested, dues refunds will be made to each Local 26 member who holds more than one (1) job in Local 26's jurisdiction where duplicate union dues are being deducted from the member's paycheck for each job. The lesser of the two dues will be refunded. Requests should be submitted in the following manner:

- Copies of pay stubs showing the member's duplicate dues deductions must accompany the member's dues refund request, along with the member's name, place of employment, job category, SOCIAL SECURITY NUMBER (without your S.S. # your request will be denied), complete home address (including apartment #) and telephone number.

Beginning on 6/1/15 members will only be reimbursed up to six (6) months before the date that the duplicate membership dues request is submitted to the union.

This form must be completed entirely or processing will be delayed.

NAME: _____ SSN: _____

HOME ADDRESS: _____

APARTMENT#: _____

CITY: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

TELEPHONE # _____

EMPLOYER NAME: _____

EMPLOYER NAME: _____

MONTHS TO BE REFUNDED: _____

Stronger Together

SEIU LOCAL 26

Committed to Dignity, Rights and Respect for Working People in Minnesota



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE CUOTA SINDICAL

Cuando se soliciten apropiadamente, las cuotas sindicales se harán a cada miembro de la Local 26 quien trabaje con más de una (1) compañía dentro de la jurisdicción de la Local 26, donde dobles cuotas sindicales se han deducido del cheque pagado al miembro por cada empleo. Un mínimo de dos cuotas serán reembolsadas. La solicitud debe ser presentada de la siguiente manera:

- Copias de los talones de cheque de cada compañía donde se hizo la deducción de cuota sindical deberán de entregarse junto con la solicitud de reembolso de cuota sindical completa con nombre del miembro, lugar de trabajo, categoría de trabajo, NUMERO DE SEGURO SOCIAL (sin su # de seguro social su solicitud será negada), dirección completa (incluyendo # de apartamento) y número de teléfono.

Comenzando el 6/1/2015 a los miembros solo se le reembolsaran hasta síes (6) meses atrás a partir de la fecha en que la Unión recibió la solicitud de reembolso.

Esta forma debe ser completada enteramente o el proceso se retrasara.

NOMBRE: _____ SSN: _____

DIRECCION: _____

APARTAMENTO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP CODE: _____

TELEFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

MESES A SER REEMBOLSADOS: _____
