

****Cancelación de Cuota****

Fecha: _____

A: **DIVISIÓN DE NOMINAS Y/O RECURSOS HUMANOS
AGENCIA GUBERNAMENTAL O MUNICIPIO**

Yo, _____, por este medio, presento con
(Nombre)
carácter inmediato e irrevocable mi renuncia como miembro de la organización indicada.

Le estoy comunicando a la División de Nóminas de _____
(Agencia gubernamental o Municipio)
que no autorizo se continúe con el descuento de cuotas, si he cumplido con el año
estipulado en la Ley aplicable (Ley 134 del 1960 o Ley 139 del 1961).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> F.U.P.O. (FRENTE UNIDO DE POLICÍAS ORGANIZADOS) | <input type="checkbox"/> SINDICATO DE GUARDIAS MUNICIPALES |
| <input type="checkbox"/> C.O.N.A.P.O.L. (CONCILIO NACIONAL DE LA POLICIA) | <input type="checkbox"/> F.P.P. (FEDERACION PUERTORRIQUEÑA DE LA POLICIA) |
| <input type="checkbox"/> FEDERACION BONAFIDE GUARDIAS MUNICIPALES | <input type="checkbox"/> A.P.O. (ASOCIACIÓN POLICÍAS ORGANIZADOS) |
| <input type="checkbox"/> P.O.L.I.S. (POLICÍAS ORGANIZADOS LUCHANDO POR INTERESES SOCIALES) ANTES O.P.A. | <input type="checkbox"/> F.O.C. (FEDERACION OFICIALES DE CUSTODIA) |
| <input type="checkbox"/> CUERPO ORGANIZADO | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZACIÓN ANTERIOR (NO RECUERDO) | <input type="checkbox"/> A.M.P. (ASOCIACION MIEMBROS DE LA POLICÍA) |

Cordialmente,

X _____
Firma

Núm. Placa

Seguro Social

Dirección Postal: _____

ORIGINAL- DIVISION DE NOMINAS
COPIA- ORGANIZACIÓN INGRESO
COPIA- ORGANIZACIÓN BAJA



GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE DESAFILIACIÓN DEL REPRESENTANTE SINDICAL

Yo, _____, funcionario o * empleado de
Nombre del empleado en letra de molde

_____ y miembro de _____ en mi
Nombre de la entidad gubernamental Nombre del representante sindical

taller de trabajo, solicito la desafiliación de mi representante sindical de manera inmediata. Reconozco que debo autorizar expresamente, mediante el formulario oficial, el cobro de cualquier cargo por servicio para beneficio del representante exclusivo.

Firma del empleado

Fecha

Este documento deberá ser entregado en la Oficina de Recursos Humanos de la entidad. Se recomienda al empleado entregar copia de esta notificación al representante sindical.

* Este documento tiene el propósito de cumplir con lo resuelto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en *Janus v. American Federation of State, County, and Municipal Employees*, 585 U.S. ____ (2018).

** Copia de esta hoja de desafiliación debidamente cumplimentada por el empleado deberá incluirse en el expediente de personal.

*** No se podrán cometer actos de represalia contra la persona que elija desafiliarse del representante sindical. Cualquier acto de represalia será prontamente investigado de conformidad con la ley.



Reglas Básicas para el uso de Asistencia en Carretera

SOCIO _____



- **El socio principal tiene hasta 3 autos para registrar (NO TIENEN QUE ESTAR A NOMBRE DEL SOCIO).**
- **Socio participante tiene hasta 2 autos para registrar.**
- **Socio principal y socio participante pueden registrar los mismos autos.**
- **Si el auto no está registrado al momento del solicitador el servicio, no se le brindará el servicio.**
- **Debe tener su cuota al día.**

PROCESO DE REGISTRO

- **Los socios deben comunicarse a nuestra oficina o con algún director para realizar algún cambio de los autos y de esta forma mantener sus registros actualizados.**
- **Cualquier cambio de auto requiere un tiempo de espera de 48 horas, para que el auto recién registrado pueda estar activo para los servicios.**

PARA SOLICITAR EL SERVICIO

- **El socio debe estar con el auto al momento del servicio.**
- **Si el socio desea tener un servicio privado de asistencia en carretera, primero debe de comunicarse a nuestra oficina, para solicitar un futuro reembolso.**

RESTRICCIONES

- **No se cubren remolques desde el hogar.**
- **La avería deberá ocurrir mientras se hace uso del auto.**
- **Los servicios no son acumulativos ni transferibles.**
- **El servicio cubre solamente al cónyuge del socio principal, no aplica a otros familiares.**
- **No aplica a vehículos oficiales del gobierno, ni a vehículos comerciales.**

Firma: _____

Fecha: _____

PERSONAL ADMINISTRATIVO O DIRECTOR

**RECUERDE QUE UN SERVICIO EQUIVALE A REMOLQUE, CERRAJERIA, JUMPEO DE BATERIA,
CAMBIO DE GOMA Y SUPLIDO DE GASOLINA**



C.O.P.S.

CORPORACION ORGANIZADAS DE POLICIAS Y SEGURIDAD

REGISTRO DE VEHICULOS

ASISTENCIA EN CARRETERA C.O.P.S.

NOMBRE DEL SOCIO

SOCIO #

NOMBRE CONYUGE O PAREAJA

COPS REGULAR

COPS PREMIUM

Tipo de socio:

Principal

Participante

NOTA IMPORTANTE

Al registrar otro vehículo se requiere un periodo de espera de 48 horas para utilizar el Servicio de dicho vehículo. Es importante que mantengan actualizados sus vehículos.

SOCIO PRINCIPAL 3 VEHICULOS Este servicio no es transferible.



1

MARCA	MODELO	COLOR	AÑO	TABLILLA



2



3

SOCIO PARTICIPANTE 1 (3 VEHICULOS) # _____



1



2



3

SOCIO PARTICIPANTE 2 (3 VEHICULOS) # _____



1



2



3

SOCIO PARTICIPANTE 3 (3 VEHICULOS) # _____



1



2



3

__ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 1 VEHICULO

__ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 2 VEHICULOS

__ SOCIO INDICA QUE SOLO TIENE 3 VEHICULOS

FIRMA DE SOCIO

DIRECTOR

FECHA

PERSONAL ADMINISTRATIVO

FECHA



C.O.P.S.

CORPORACION ORGANIZADA DE POLICIAS Y SEGURIDAD

¡Nuestro placer es servirte!
www.cops1.org

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

FECHA ACTUAL

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
Mes		Día		Año					

INFORMACIÓN DEL SOCIO:

Nombre: _____

Socio: _____

Yo, el socio identificado arriba, por la presente designo al beneficiario o beneficiarios mencionados más adelante, para recibir los pagos por defunción que correspondan en mi caso.

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIARIOS (Vea Ejemplos abajo)

Nombre Completo	Dirección	Relación	Fecha de Nacimiento	Por Ciento del Beneficio

Por la presente dispongo que si alguno de los beneficiarios designados en este formulario no me sobrevive, y no hubiese yo designado un beneficiario eventual o radicado una nueva Designación, el beneficio que corresponde al beneficiario fenecido se pagará en la proporción designada entre los demás beneficiarios.

En San Juan, Puerto Rico a ____ de _____ de _____.

 Firma del Socio

 Fecha

INSTRUCCIONES

- La radicación de este formulario, debidamente complementado, tendrá el efecto de cancelar cualquier Designación anterior.
- Asegúrese que al llenar el formulario usted menciona a **TODAS** las personas que desea designar como beneficiarios y que las proporciones indicadas sumen 100%.

EJEMPLOS DE DESIGNACIONES

PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO

Ann Sánchez Rivera	1 Calle Luz, Cayey, PR	hermana	24 08 1942	100%

PARA DESIGNAR MÁS DE UN BENEFICIARIO

Luis Galán Díaz	5 Calle Sol, San Juan, PR	esposo	3 04 1925	50%
José Vidal Pérez	32 Calle O'Neil, Hato Rey, PR	hijo	12 feb 1938	25%
Ann López Ríos	25 Calle Perú, Hato Rey, PR	hija	1 dic 1950	25%

PARA DESIGNAR UN BENEFICIARIO EVENTUAL

Juan Rolón Ortiz	Crdo Caguas, P 25 Calle J. Caguas, PR	tío	6 feb 1925	50%
Jesús Pagán Ríos, si no sobrevive	7 Calle Luna, Ceiba, PR	padre	15 jul 1936	50%
En su defecto a: Rosalío Díaz Ríos	10 Calle Luna, Ponce, PR	hermano	9 sept 1933	50%



C.O.P.S.
CORPORACION ORGANIZADA DE POLICIAS Y SEGURIDAD

¡Nuestro placer es servirte!
www.cops1.org

CERTIFICO

Yo, _____, con Seg. Soc. Núm. - -

Certifico que tanto yo como mis Socios Participantes no tenemos casos criminales o civiles anteriores a la fecha de ingreso a C.O.P.S. y que no he sido convicto (a) por Delito Grave o Menos Grave, por un Tribunal con jurisdicción y competencia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el Tribunal para el Distrito Federal de Puerto Rico y/o cualquier otro Tribunal bajo la jurisdicción de los Estados Unidos y relevamos a la Corporación Organizada de Policías y Seguridad de cualquier responsabilidad, dígame asistencia de abogados, pagos de suspensión de empleo y sueldo y situaciones o hechos ocurridos antes de dicha fecha. La fianza será hasta un máximo de cien mil dólares.

Que firmo la presente voluntariamente a fin de que podamos utilizar los beneficios que brinda la Corporación Organizada de Policías y Seguridad desde la fecha de mi ingreso hasta que voluntariamente presente mi renuncia luego del año requerido por Ley o mis cuotas no se encuentren al día.

Atentamente,

 Firma Nuevo(a) Socio(a)

- -
 Mes Día Año

Fecha de Ingreso