Water and Power Community Credit Union
Powering Your Future™

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Account Number (Para uso exclusivo de la Credit Union):

Información Del Dueño Principal y Copropietario

Apellido del Miembro Principal	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido del Copropietario	Primer Nombre	Segundo Nombre

I.D. Oficial – Incluya Licencia de Conducir	Tipo de ID	Fecha de Vencimiento	Seguro Social o ITIN	I.D. Oficial – Incluya Licencia de Conducir	Tipo de ID	Fecha de Vencimiento	Seguro Social o ITIN

Dirección – Incluya Nùmero o Letra de Apartamento	Dirección – Incluya Nùmero o Letra de Apartamento

Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo y Ext.	Teléfono Celular	Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo y Ext.	Teléfono Celular
( )	( )	( )	( )	( )	( )

Correo Electrónico	Correo Electrónico

Empleador	Ocupación	Empleador	Ocupación

Dirección del Trabajo – Incluya Nùmero de Ubicación o del Edificio	Dirección del Trabajo – Incluya Nùmero de Ubicación o del Edificio

Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Apellido Materno	Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Apellido Materno

BENEFICIARIO(S): Si solicito cuenta(s) individual(es), la(s) parte(s) mencionada(s) abajo será(n) considerada(s) mi(s) beneficiario(s) del Pago de Muerte (POD) y si ellos me sobreviven recibirán cualquier monto sin gravar en mi(s) cuenta(a) de la cooperativa de crédito después de mi muerte. Si he solicitado una cuenta conjunta con otra parte, entonces el (los) mencionado(s) abajo será(n) considerado(s) mi(s) beneficiario(s) del Pago de Muerte (POD). A partir de la muerte del ùltimo dueño de la cuenta sobreviviente, cualquier monto sin gravar será pagado igualmente a los beneficiarios del Pago de Muerte (POD) sobrevivientes.

Beneficiario del Pago de Muerte (Distinto a Copropietario)	Relación con el Dueño Principal
Beneficiario del Pago de Muerte (Distinto a Copropietario)	**Relación con el Dueño Principal**

Elegibilidad del Miembro para Afiliación (Escoja una):

❒ Soy empleado(a) retirado de DWP ❒ Soy empleado(a) retirado de WPCCU

❒ Soy empleado(a) de un Grupo Selecto de Empleados (o SEG por sus siglas en inglés) de WPCCU.
Nombre del SEG _____

❒ Vivo, ❒ trabajo, ❒ pertenezco a una congregación religiosa o ❒ estudio en una escuela post secundaria dentro de una de las comunidades calificadas por la Credit Union. La dirección o código postal calificado es:_____

❒ Uno de mis familiares inmediatos es socio de WPCCU (escriba el nombre de la persona y la relacion familiar).
_____

Me enteré de la Credit Union a través de:

❒ Familiar ❒ Compañero de trabajo
❒ Mi empleador ❒ Radio
❒ Periódico ❒ TV/Cable
❒ Correo Directo ❒ Sitio Web / Internet
❒ Revista ❒ Evento de la comunidad
❒ Otro:_____

Selección de Servicio y Depositò Inicial

❒ Membership Fee $5.00 (Required for Membership)	$ _____	❒ Debit Card
❒ Regular Share Account ($25.00 Minimum Deposit -Required for Membership)	$ _____	❒ Additional Card for Joint Owner
❒ Money Market	$ _____	❒ Online Banking
❒ Share Certificate	$ _____	❒ Bank by Phone
❒ Checking Account ($10.00 Minimum Deposit)	$ _____	

❒ APEX ❒ Advantage ❒ Power ❒ MyStart
❒ Check order. Quantity _____

TOTAL DEPOSIT $ _____ **❒ Cash ❒ Checks**

Acuerdos y Firmas

Al firmar este formulario, mediante la presente aplico para afiliarme a Water and Power Community Credit Union y abrir una cuenta de ahorro. Accedo a respetar las normas así como todos los términos aplicables y las condiciones dispuestas en el Acuerdo de Cuenta, la Divulgación de Verdad para Cuentas de Ahorro, la Divulgación y Acuerdo de la Cuenta de Certificado a Plazo Fijo (si fuera aplicable) y el Acuerdo y Divulgación de Servicios Electrónicos, los cuales recibiré al abrir mi(s) cuenta(s). Entiendo y estoy de acuerdo con que esta Tarjeta de Firma regirá la Cuenta de Ahorros de Participacion Regular y las demás cuentas designadas en este formulario. Le autorizo a abrir otras cuentas para mí, a pedido personal, por escrito, o mediante llamada telefónica.

Le autorizo a recolectar cualquier tipo de información crediticia, de cuenta de cheques y de empleo que crea pertinente cada cierto tiempo. Es de mi conocimiento que esto le ayudaraá a, por ejemplo, determinar mi elegibilidad inicial y continua para una cuenta. Además le autorizo a proporcionar a ciertas agencias información relacionada a su experiencia conmigo, de acuerdo a la ley. Es de mi conocimiento y estoy de acuerdo en que usted puede retener esta Tarjeta de Firma así como alguna otra información que usted pudiera recibir.

Certifico bajo juramento que: (1) El número indicado en este formulario es mi número correcto de Social Security / Taxpayer Identification, (2) No estoy sujeto a retensiones de respaldo, ya sea porque: (a) No he sido notificado por el IRS que estoy sujeto a retenciones de respaldo por no haber reportado todos mis intereses o dividendos o (c) el IRS me ha notificado que ya no estoy sujeto a retenciones de respaldo y (3) soy estadounidense (incluyendo los inmigrantes residentes).

El Internal Revenue Service no necesita de mi consentimiento para provisión alguna de este documento a excepción de los certificados requeridos para evitar las retenciones de respaldo.

X_____ Fecha_____
Firma del Dueño Principal y Fecha

X_____ Fecha_____
Firma del Copropietario y Fecha

CREDIT UNION USE ONLY

Application processed and verified by:_____ Date:_____ Time:_____

❒ OFF-SITE/SEG ❒ BRANCH OFFICE 1 2 3 4 10 11 ❒ DEALER SITE SALE ❒ CHEXSYSTEMS ❒ OFAC ❒ E-NOTE:_____

❒ OPENED ACCOUNT SHARES ONLY ❒ OPENED ACCOUNT SHARES & CHECKING ❒ SECONDARY ID ❒ OTHER: _____

ACCOUNT STATUS CODE:_____ **MSR COMMENTS:**_____ **MGR. SIGNATURE:** _____

rev 08/09/10