



DWN Organizational Membership Application Aplicación para membresía de organización

Thank you for your commitment to Detention Watch Network.
Gracias por su compromiso a Detention Watch Network.

ORGANIZATIONAL INFORMATION INFORMACIÓN DE ORGANIZACIÓN	
Name of Organization Nombre de organización: _____ _____	
Address Dirección: _____	
City Ciudad: _____	State Estado: _____
Zip Code Código postal: _____	Website Sitio web: _____
Please list language(s) spoken within your base/members/supporters Que idioma(s) se hablan entre su base/miembros/seguidores: _____	
Please mark which best describes your organization Favor de marcar lo que mejor describe a su organización:	
International Internacional	Statewide Estatal
National Nacional	Local Local
Regional Regional	
Type of Work Tipo de Trabajo:	
Law School Clinic Clinica Legal	Faith-based Organización religiosa
Criminal Justice Justicia Criminal	Organizing Organización de Base
Legal Services Servicios Legal	Immigration Inmigración
Advocacy Incidencia	Visitation Visitación
Other Otro:	Civil Rights Derechos Civiles
SOCIAL MEDIA HANDLES PAGINAS DE REDES SOCIALES:	
Facebook: _____	
Instagram: _____	
Twitter: _____	

MEMBERSHIP MAIN CONTACT | CONTACTO PRINCIPAL

Main point of contact for membership renewal and member updates. | Contacto primario para renovacion y actualizaciones de membresía.

First Name | Nombre: _____

Pronouns | Pronombres: _____

Last Name | Apellido: _____

Phone number | Teléfono: _____

Email | Correo electrónico: _____

Title | Título: _____

Primary Language | Idioma principal:

English | ingles

Spanish | español

Other | Otro: _____

COMMUNICATIONS CONTACT | CONTACTO DE COMUNICACIONES

Main point of contact for all communications matters including social media and press. | Punto de contacto principal para todos los asuntos de comunicaciones incluyendo las redes sociales y la prensa.

First Name | Nombre: _____

Pronouns | Pronombres: _____

Last Name | Apellido: _____

Phone number | Teléfono: _____

Email | Correo electrónico: _____

Title | Título: _____

Primary Language | Idioma principal:

English | ingles

Spanish | español

Other | Otro: _____

MEMBER FEEDBACK | RETROALIMENTACIÓN DE MEMBRESÍA

Your feedback helps us strengthen the network. Please let us know what we can do to keep you engaged with DWN for this membership year. | Su retroalimentación nos ayuda a fortalecer la red. Favor de dejarnos saber que podemos hacer para mantener su involucración con DWN este año de membresía.

1. How did you hear about DWN? | ¿Cómo se enteró de DWN?

2. Why do you want to become a DWN member? | ¿Por qué le(s) gustaría ser parte de la membresía de DWN?

3. What immigrant detention center(s) are in your area or are community members from your area detained at? | Que centro(s) de detención estan en su area o donde detienen a miembrxs de su comunidad?

4. Can DWN support you on a specific project? | ¿Hay algún proyecto específico en cual DWN pueda apoyar?

4. In which areas would you like to collaborate with DWN? | ¿En qué áreas te gustaría colaborar con DWN?

Communications | Comunicaiones

Organizing | Organizacion de Base

Advocacy | Incidencia

MEMBERSHIP DUES | CUOTAS DE MEMBRESÍA

We strongly encourage you to contact us if you are unable to meet the dues obligations. We will do our best to accommodate your needs. | Le recordamos que se comunique con nosotros si no puede cumplir con las obligaciones de cuotas de membresía. Haremos todo lo que este en nuestro alcance para atender sus necesidades.

Incoming members who apply on or after July 1 will be subject to a prorated dues rate equal to 50% of the cost of the dues tier under which they fall. | Miembros entrantes que apliquen a partir del 1ro de Julio serán sujetos a una tasa de cuotas prorrateada equivalente al 50% del costo del nivel de cuotas del que pertenecen.

January 1 - June 30 | 1 de enero - 30 de junio

Organizational Membership Dues Rates | Cuotas prorrateados de membresía de organización:

\$150	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$0 - \$100,000
\$300	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$100,001 - \$200,000
\$500	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$200,001 - \$300,000
\$800	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$300,001 - \$700,000
\$1,150	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$700,001 - \$1,000,000
\$1,750	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,000,001 - \$1,500,000
\$2,000	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,500,001 - \$3,000,000
\$2,800	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$3,000,001 and up y más

July 1 - December 31 | 1 de julio - 31 de diciembre

Prorated Organizational Membership Dues Rates | Cuotas prorrateados de membresía de organización:

\$75	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$0 - \$100,000
\$150	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$100,001 - \$200,000
\$250	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$200,001 - \$300,000
\$400	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$300,001 - \$700,000
\$575	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$700,001 - \$1,000,000
\$875	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,000,001 - \$1,500,000
\$1,000	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,500,001 - \$3,000,000
\$1,400	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$3,000,001 and up y más

PAYMENT METHOD | METODO DE PAGO

Credit Card | Tarjeta de Crédito (We accept all major credit cards | Se aceptan todas las tarjetas de credito)

Check Payable to "Detention Watch Network" enclosed | Cheque a nombre de "Detention Watch Network" incluido

Type of card | Tipo de Tarjeta: _____

Amount to be charged | Cantidad a cobrar: _____

Card Number | Numero de Tarjeta: _____

Expiration Date | Fecha de vencimiento: _____

CVV: _____

Name on card | Nombre en Tarjeta: _____

Billing Address | Dirección de factura: _____

City | Ciudad: _____

State | Estado: _____

Zip Code | Código postal: _____

SIGNATURE | FIRMA

By signing below you certify: 1) Payment; (2) That you are not a government employee or member of the media; (3) And you agree to abide by DWN's Member Code of Conduct. | Al firmar debajo usted certifica: 1) Pago; (2) Que no es empleado gubernamental o de los medios; (3) y acepta cumplir con el Código de Conducta para Miembros de DWN.

Signature | Firma: _____

Date | Fecha: _____

Email or mail this form to submit your application | Envié su solicitud por email o por correo:
membership@detentionwatchnetwork.org or 1730 Rhode Island Ave. NW, Suite 711, Washington, DC 20036

Note: DWN does not rent, trade or share member's personal information. For questions contact membership@detentionwatchnetwork.org.
Nota: DWN no alquila, intercambia o comparte información personal de nuestra membresía. Para cualquier pregunta favor de contactar a membership@detentionwatchnetwork.org.