



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: _____

Social media handles | Páginas de redes sociales:

Facebook: _____

Instagram: _____

Twitter: _____

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 | Clínica 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

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: _____

OTHER ORGANIZATIONAL CONTACTS | MAS CONTACTOS DE ORGANIZACIÓN

Other staff to engage with DWN's work. | Otro(s) puntos de contacto para involucrarse con el trabajo de DWN.

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: _____

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: _____

First Name | Nombre: _____

Pronouns | Pronombres: _____

Last Name | Apellido: _____

Phone number | Teléfono: _____

Email | Correo electrónico: _____

Title | Título: _____

Primary Language | Idioma principal: English | inglés

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 miembros de su comunidad?

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

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:

\$175	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$0 - \$100,000
\$350	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$100,001 - \$200,000
\$575	—	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
\$2,800	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,500,001 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:

\$88	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$0 - \$100,000
\$175	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$100,001 - \$200,000
\$288	—	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
\$1,400	—	Annual Budget Presupuesto Anual: \$1,500,001 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 agree to abide by DWN's mission, values and principles. | Al firmar debajo usted certifica: 1) Pago; (2) Que no es empleado gubernamental o de los medios; (3) y esta de acuerdo con la misión, valores y principios 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 707, 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.