



Membresía Individual DWN Aplicación 2018-2019

Gracias por su compromiso a Detention Watch Network.

INFORMACIÓN DE CONTACTO INDIVIDUAL		
Nombre:		
Apellido:		
Organización (si aplica):	Título:	
Teléfono:	Correo electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Pronombres:	Idioma principal:	
ingles, español, otro: _____		
CUOTAS DE MEMBRESIA		
<i>Le recordamos que se comunique con nosotrxs si no puede cumplir con las obligaciones de cuotas de membresía. Haremos todo lo que este en nuestro alcance para atender sus necesidades.</i>		
Cuotas de membresía individual		
<input type="checkbox"/> \$0.00 Individuo directamente afectado o miembro de familia		
<input type="checkbox"/> \$75.00 Membresía individual		
<input type="checkbox"/> \$25.00 pago estudiantil		
METODO DE PAGO		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<input type="checkbox"/> Cheque a nombre de "Tides Center" incluido (patrocinador fiscal de DWN)	
Tipo de Tarjeta:	Cantidad a cobrar: \$	
Numero de Tarjeta:	Fecha de vencimiento:	
Nombre en Tarjeta:		
Dirección de factura:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
FIRMA		
<i>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</i>		
Firma:	Fecha:	

Participación de la Red *En una escala del 1 al 5 (1 siendo el menos importante y 5 el más importante) favor de priorizar las áreas de trabajo que considera vitales para su compromiso con DWN para este año de membresía.*

_____ Interconexiones, difusión de información (convenios de DWN, actualizaciones de póliza, llamadas de membresía, listas electrónicas, etc.)

_____ Campañas (#DefundHate, #ICEonTrial, luchas contra la expansión de detención, etc.)

_____ Plataformas and Exposición (desarrollo de material de prensa DWN, promoción de medios sociales, etc.)

_____ Desarrollo de Recursos (resúmenes, mensajes clave, léxico de análisis, paquete legislativo, etc.)

_____ Educación (Talleres, webinars, presentaciones, etc.)

_____ Otra:

Retroalimentación de membresía *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. ¿Como supo de DWN?

2. ¿Por que le gustaría ser parte de la membresía de DWN?

Nota: DWN no alquila, intercambia o comparte información personal de nuestra membresía. Para cualquier pregunta favor de contactar a Membership@detentionwatchnetwork.org

FOR DETENTION WATCH NETWORK USE ONLY

Membership recorded Date: _____ Initials: _____	<input type="checkbox"/> NeonCRM	<input type="checkbox"/> List-serv sign up	<input type="checkbox"/> Added to directory
Payment processed Date: _____ Initials: _____	<input type="checkbox"/> Check Scanned	<input type="checkbox"/> Sent to Tides	<input type="checkbox"/> Credit Card