

**FEDERACION MUNDIAL DE TRABAJADORES A DOMICILIO (FMTD)**

**FORMULARIO DE REGISTRO**

1. NOMBRE COMPLETO DE LA ORGANIZACION

.....  
.....

2. ABREVIACION (si hay)

.....

3. DIRECCION POSTAL

.....  
.....  
.....

4. DIRECCION FISICA (si es diferente)

.....  
.....  
.....

5. TELEFONO (S) (con códigos ciudad y país)

.....

6. FAX (si hay) .....

7. CORREO ELECTRONICO (si hay)

.....

8. PAGINA WEB (si hay)

.....

**DESCRIPCION DE LA ORGANIZACION:**

9. OBJETIVOS (O los puede adjuntar a este formulario de postulación)

.....

.....  
.....  
10. DECLARACION DE VISION/ MISION (si es diferente a sección 9)

.....  
.....  
.....  
11. CUANDO SE FUNDO SU ORGANIZACION ?

.....  
12. ¿ CUAL DE ESTAS CATEGORIAS MEJOR DESCRIBE SU ORGANIZACION?

12.1 Organización de trabajadores a domicilio con socias. Incluye a sindicatos, cooperativas, asociaciones, etc. SI / NO

Trabajadores a domicilio solamente	SI	Socias mixtas	SI
------------------------------------	----	---------------	----

12.2 Organización de apoyo, trabajando directamente y activamente con trabajadores a domicilio. Incluye a organizaciones de servicio, redes y organizaciones de incidencia. SI / NO

12.3 Organizaciones de apoyo general. Pueden ser organizaciones que no trabajan directamente con trabajadores a domicilio, incluyendo a sindicatos y federaciones de trabajadores formales, grupos de campaña, agencias de desarrollo, organizaciones de incidencia, etc. SI / NO

12.4 Apoyador individual de la FMTD. Un individuo puede ser un académico, investigador, activista, artista, trababajador, etc. SI / NO

13. SU ORGANIZACION TIENE ESTATUTOS (UNA CONSTITUCION)? SI / NO

14. SU ORGANIZACION ESTA REGISTRADA FORMALMENTE? SI / NO

EN CASO DE SI, CON CUAL AUTORIDAD Y DONDE?

.....  
.....

15. COBERTURA DE SU ORGANIZACION:

AREA(S) GEOGRAFICA(S) Nacional o Local etc. ....  
.....

**16. TIPOS DE TRABAJO:**

TRABAJO A DOMICILIO SOLAMENTE	SI / NO
TODO EL SECTOR INFORMAL	SI / NO
SECTORES FORMAL E INFORMAL	SI / NO
MUJERES SOLAMENTE	SI / NO
MUJERES Y HOMBRES	SI / NO

17. LOS TRABAJADORES A DOMICILIO SON EL ENFOQUE PRINCIPAL DE LA ORGANIZACION SI / NO

EN CASO DE 'NO', CUAL ES EL ENFOQUE PRINCIPAL

.....

18. TIPOS DE TRABAJO A DOMICILIO (nombren los diferentes tipos con que trabajan) :

.....

.....

**19. SI SU ORGANIZACION ESTA BASADA EN MIEMBROS (ver 12.1), por favor contésten las siguientes preguntas:**

19.1 ¿CUANTOS MIEMBROS HAY EN TOTAL?

.....

19.2 ¿MANTIENEN UN REGISTRO DE LOS NOMBRES DE LOS MIEMBROS?  
SI / NO

19.3 ¿CUANTOS MIEMBROS SON TRABAJADORES A DOMICILIO?

.....

19.4 ¿ LOS MIEMBROS PAGAN SUSCRIPCIONES (CUOTAS) ? SI / NO

19.5 ¿CUANTO PAGAN? .....

19.6 ¿CADA CUANTO TIEMPO PAGAN? .....

19.7 ¿MANTIENEN UN REGISTRO DE LAS CUOTAS PAGADAS? SI / NO

**20. SI SU ORGANIZACION NO ESTA BASAD EN MIEMBROS (ver 12.1), por favor contésten las siguientes preguntas:**

20.1 ¿CUALES SERVICIOS PROVEEN, O CÓMO TRABAJAN CON TRABAJADORAS A DOMICILIO?

.....

.....  
.....

20.2 ¿DE QUE MANERA ES SU TRABAJO CON TRABAJADORAS A DOMICILIO DIRECTO Y CONTINUO?

.....  
.....

20.3 ¿HAN AYUDADO A LAS TRABAJADORAS A DOMICILIO A FORMAR SUS PROPIAS ORGANIZACIONES? SI / NO

EN CASO DE 'SI', NOMBRA LAS ORGANIZACIONES QUE HAN AYUDADO A FORMAR:

.....  
.....  
.....

**21. DIRIGENTES Y PERSONAS PARA CONTACTAR**

NOMBRE DEL REPRESENTANTE A FMTD

.....

PERSONA(S) PARA CONTACTAR

NOMBRE Y CARGO .....

DETALLES DE CONTACTO.....

.....

OTROS DETALLES de su organización: .....

.....

.....

**TARIFA PARA SER MIEMBRO DE LA FEDERACION MUNDIAL DE TRABAJADORAS A DOMICILIO (no se quiere pago hasta aviso)**

ADJUNTO                      SI / NO                      CHEQUE / VALE VISTA

DEPOSITO DIRECTO        SI / NO                      FECHA/BANCO .....

PAGADO EN EFECTIVO    SI / NO                      Recibo no. ....

FECHA/ LUGAR

**FORMULARIO DE NOMINACION PARA APOYAR UN NUEVO MIEMBRO DE LA FMTD**

NOMBRE DE LA ORGANIZACION MIEMBRO DE FMTD

.....  
.....

NOMBRE DE LA ORGANIZACION MIEMBRO NUEVA QUE QUIEREN APOYAR

.....  
.....

DECLARACION DE APOYO

HEMOS VISTO EL FORMULARIO COMPLETADO PARA LA ORGANIZACION CUYO NOMBRE APARECE ARRIBA, CONOCEMOS LA NATURALEZA DEL TRABAJO DE ESTA ORGANIZACION. ESTAMOS DE ACUERDO QUE EL FORMULARIO REFLEJA FIELMENTE EL TRABAJO DE LA ORGANIZACION CON TRABAJADORAS A DOMICILIO.

FIRMADO ..... FECHA.....

NOMBRE DE LA PERSONA FIRMANDO POR PARTE DEL MIEMBRO DE LA FMTD.

.....