

Miembro Al-Anon que colabora en el servicio Alateen

*Todos los miembros Al-Anon que colaboran en la labor de servicio Alateen deben completar este formulario.
(Letra de imprenta)*

Nombre y Apellido:

Dirección:

Ciudad, Estado/Provincia:

Zona Postal/Teléfono:

E-mail:

Nº de distrito:

Estoy de acuerdo con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento, y estoy dispuesto(a) a cumplir con ellos.

Firma

Fecha

Según mi entender, el miembro Al-Anon antes mencionado cumple con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento.

Firma autorizada de la zona

Zona #

Fecha

Por favor, a continuación escriba su nombre en letra de imprenta:

Cada zona debe certificar a la OSM, anualmente, que cada miembro Al-Anon que colabora en el servicio Alateen ha cumplido con los requisitos de la zona sobre la seguridad y comportamiento, y han acordado seguir cumpliéndolos.

No.de identificación asignado por la OSM: _____

Para uso de la zona: _____

**AL-ANON FAMILY GROUPS, INC.
SOUTHERN CALIFORNIA WORLD SERVICE, INC.
AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION FOR
BACKGROUND CHECKS**

INTRODUCTION AND INSTRUCTIONS: In November, 2006, the SCWS Assembly voted to obtain liability insurance which includes sexual misconduct coverage. As a condition of insurance, the insurance company requires background checks based on the information below. Each Alateen Sponsor and Al-Anon Member Involved in Alateen Service must complete this form to meet these requirements as well as completion of *"SCWS Minimum Safety and Behavioral Requirements for Alateen Groups, Alateen Sponsors and Al-Anon Members Involved in Alateen Service"* and *"Al-Anon Member Involved in Alateen Service."* Send all completed forms to **SCWS, P.O. Box 350, North Hollywood, CA 91603, ATTN: ALATEEN.**

I hereby request Southern California World Service (SCWS), Al-Anon Family Groups, Inc. to search for any information which pertains to any record of convictions or any criminal file maintained on me whether local, state, or national. I hereby release and hold harmless SCWS from any and all liability resulting from such disclosure.

Name (printed): _____

Current Address: _____

Maiden Name (if applicable): _____

Print any and all aliases: _____

Date of birth: _____ Place of birth: _____

All cities of residence:

Social Security Number (Optional): _____

Signature: _____ Today's Date: _____