

# CCAA Area93 FORMULARIO PARA GRUPO NUEVO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

"Nuestra Comunidad debe incluir a todos los que sufren del alcoholismo. Por eso, no podemos rechazar a nadie que quiera recuperarse. Ni debe el ser miembro de A.A. depender del dinero o de la conformidad. Cuandoquiera que dos o tres alcohólicos se reúnan en interés de la sobriedad, podrán llamarse un grupo de A.A. con tal que, como grupo, no tengan otra afiliación." — Tercera Tradición (forma larga)

"Cada grupo de Alcohólicos Anónimos debe ser una entidad espiritual con un solo objetivo primordial — el de llevar el mensaje al alcohólico que aun sufre"

— Quinta Tradición (forma larga)

"A menos que se esfuere por observar las Doce Tradiciones de A.A. el grupo...puede deteriorarse y morir." — Doce Pasos y Doce Tradiciones, página 169

**La Tradición de A.A. sugiere que no se le ponga al grupo el nombre de una institución o de un miembro (vivo o muerto), y que el nombre del grupo no implique afiliación con ninguna secta, religión, organización o institución.**

NOMBRE DEL GRUPO \_\_\_\_\_ FECHA DE ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

LUGAR DE REUNION: \_\_\_\_\_ NUMERO DE MIEMBROS: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD/PUEBLO \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

REUNIONES	LUN <input type="checkbox"/>	MAR <input type="checkbox"/>	MIE <input type="checkbox"/>	JUEV <input type="checkbox"/>	VIE <input type="checkbox"/>	SAB <input type="checkbox"/>	DOM <input type="checkbox"/>
HORARIO							
IDIOMA: (Marque Uno)	INGLES <input type="checkbox"/>	ESAPÑOL <input type="checkbox"/>	FRANCES <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/> (Especificar)			

## REPRESENTANTE DE SERVICIOS GENERALES

NOMBRE \_\_\_\_\_ # TELEFONO( ) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD/PUEBLO \_\_\_\_\_

ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

ALTERNO R.S.G.  O CONTACTO  (Por favor marque uno)

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELEFONO # \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ CIUDAD/PUEBLO \_\_\_\_\_

ESTADO/PROVINCIA \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Se reúne su grupo en un hospital, en un centro de tratamiento o de desintoxicación?  SI  No

Si la respuesta es afirmativa, Esta abierto para los A.A de la comunidad local,  
así como para los pacientes del centro?  SI  No

Si se va a inscribir el grupo en el directorio, favor de facilitar el número de teléfono y la dirección postal del R.S.G., suplente o contacto del grupo. La inclusión en el directorio es solo para referencias de Paso Doce y/o para solicitudes de información sobre el horario y el lugar de las reuniones. Se inscribirá el nombre del RSG (u otro contacto) en el directorio junto con el nombre y número de servicio del grupo.

INSCRIBIR EN EL DIRECTORIO?  SI  No

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Numero de Área del Delegado: AREA 93 Numero del Distrito \_\_\_\_\_

Numero de Servicio Del Grupo (Asignado por la O.S.G.) # \_\_\_\_\_

**FAVOR DE ENVIAR A: Robert H, 44908 N 16<sup>th</sup> St West. Lancaster, CA 93534**  
or CCAA Area 93 Registrar – registrar@aaarea93.org