SPA 6 Council Nomination Form / Nominación para el Concilio SPA 6

Name Nombre	
Address Dirección	
Telephone Teléfono	
Email Correo Electronico	
SPA 6 meetings or events that you have attended. Juntas o events en que usted a participado.	

Please mark which of the following stakeholder group best represents your perspective.
Por favor marque el grupo que representa su perspectiva.

Check	Stakeholder Group Grupo-Perspectiva
	Parents/ Padres de familia
	Youth/ Jovenes
	Youth-Serving Organizations/ Agencias de apoyo para jovenes
	Service Providers/ Proveedores de servicios
	Alcohol & Drug Treatment/ Tratamiento de alcohol y drogas
	Grassroots Organizations/ Organizaciones de base
	Faith Based Organizations/ Organizaciones religiosas
	Library/ Biblioteca
	Regional Center/ Centro Regional
	Local Government/ Gobierno Local
	Children's Networks/ Colaboraciones para ninos
	Foster Care/ Casas de crianza
	Older Adults/ Adultos mayores
	Cultural Organizations/ Organizations culturales
	Immigrant Advocacy Agency/ Agencia para imigrantes

Please describe your interest in being a part of the SPA 6 Council
Por favor describa su interés en ser parte del Concilio SPA 6.