

.....  
/miejsce, data/

.....  
/imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/telefon kontaktowy/

.....  
/adres e-mail/

## **WNIOSEK**

### **DO GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W PORĄBCE**

#### **O ZOBOWIĄZANIE DO LECZENIA**

Zgodnie z art.4 ust.3 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z dnia 26 października 1982r. t.j./Dz.U. Z 2016r., poz.487 ze. zm./

#### **Zwracam się z wnioskiem o objęcie leczeniem odwykowym:**

imię i nazwisko.....,  
adres zamieszkania .....,  
data i miejsce urodzenia .....,  
stopień pokrewieństwa .....,

#### **Opis uzależnienia/picia szkodliwego osoby wobec której wnoszona jest sprawa/celem zobowiązania do leczenia odwykowego:**

1. Jak długo osoba nadużywa alkoholu, od ilu lat pije, kiedy stało się to problemem:

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

2. stan cywilny osoby nadużywającej alkoholu, czy ma dzieci, w jakim wieku:

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

3. Jaki wpływ wywiera na rodzinę, na wychowanie dzieci:

.....

.....

.....

4. Jak zachowuje się po spożyciu alkoholu, czy jest agresywny/a:

.....

.....

.....

5. Czy stosuje przemoc fizyczną, psychiczną, moralną, ekonomiczną i wobec kogo:

.....

.....

.....

6. Czy pracuje, jeśli nie, jaki ma to związek z piciem:

.....

.....

.....

7. Z jakich środków kupowany jest alkohol:

.....

.....

.....

8. Czy łoży na utrzymanie domu i rodziny i czy jest zobowiązany do alimentacji:

.....

.....

.....

9. Czy wynosi z domu przedmioty w celu spieniężenia ich na alkohol:

.....

.....

.....

10. Czy osoba pijąca miała/ma konflikty z prawem (kiedy i jakie):

.....

.....

.....

11. Czy była zatrzymana na izbie wytrzeźwień (ile razy i kiedy ostatnio):

.....  
.....

12. Czy były interwencje policji, w jakich okolicznościach, czy spisano Niebieską Kartę:

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

13. Czy w rodzinie jest nadzór kuratora i z jakiego powodu:

.....  
.....

14. Jaki jest stan zdrowotny osoby nadużywającej alkoholu, czy zgłasza dolegliwości (jakie):

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

15. Czy cierpi na padaczkę poalkoholową i inne schorzenia związane z piciem:

.....  
.....

16. Inne fakty:

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

.....  
/podpis osoby składającej wniosek/

**Zastrzegam / nie zastrzegam\* ochronę swoich danych w związku z faktem zgłoszenia.**

.....  
/data, podpis osoby przyjmującej wniosek/

\* niepotrzebne skreślić