

Sierakowice, dnia .....

.....  
.....  
.....  
**DANE WNIOSKODAWCY**

(Imię, nazwisko, adres)

**Gminna Komisja  
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**

W związku z konsekwencjami nadużywania alkoholu skutkującymi:

(zaznaczyć właściwe)

- 1. rozkładem życia rodzinnego**
  - 2. demoralizacją nieletnich**
  - 3. uchylaniem się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny**
  - 4. systematycznie zakłócaniem spokoju lub porządku publicznego**
  - 5. innymi skutkami w postaci.....**
- .....

zwracam się do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Sierakowicach z wnioskiem o podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego wobec Pani/Pana;

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data i miejsce urodzenia)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(inne istotne dane, w szczególności adres przebywania, miejsce pracy, inne ważne)

**Struktura rodziny osoby zgłaszanej**

.....  
(małżeństwo, konkubinaty, rodzina pochodzenia)

.....  
(dzieci: wiek i płeć)

**Fakty uzasadniające wniosek**

Od jak dawna zgłaszana osoba nadużywa alkoholu ?

.....

Proszę zaznaczyć właściwe pole

- |  | Tak                      | Nie                      | Nie<br>wiem              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Czy zgłaszana osoba była hospitalizowana lub poddana detoksykacji z powodu nadużywania alkoholu?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Czy podejmowała wcześniej próby leczenia uzależnienia (jeśli tak, to w jakiej formie i czy ukończyła leczenie)?<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Czy występowały u zgłaszanej osoby ciągi alkoholowe (jak długie)?<br>.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Czy pod wpływem alkoholu występowały u zgłaszanej osoby myśli/próby samobójcze?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Czy zgłaszana osoba łączy z alkoholem inne substancje psychoaktywne bądź leki?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Czy zgłaszana osoba pracuje zarobkowo?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Czy kiedykolwiek zgłaszana osoba straciła pracę lub prawo jazdy z powodu nadużywania alkoholu?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Czy w przeszłości naruszyła prawo pod wpływem alkoholu? (pobicia, wymuszenia, kradzieże, groźby karalne, inne)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Czy stwarzała zagrożenie dla siebie lub innych osób, będąc pod wpływem substancji psychoaktywnej?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Czy zgłaszana osoba bywa agresywna?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Czy w miejscu zamieszkania miały miejsce interwencje Policji?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Czy przebywała w Izbie Wyrzeźwień lub w Sali zatrzymań?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Czy Inne istotne informacje rodzina osoby zgłaszanej jest objęta procedurą Niebieskie Karty?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Inne istotne informacje<br>.....  |                          |                          |                          |

.....  
podpis osoby zgłaszającej