

Kudowa-Zdrój, dnia

.....

.....

.....

.....

(dane wnioskodawcy - imię i nazwisko,
adres do korespondencji, numer telefonu)

Gminna Komisja Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych w Kudowie-Zdroju
ul. Zdrojowa 24
57-350 Kudowa-Zdrój

WNIOSEK O ZOBOWIĄZANIE DO LECZENIA ODWYKOWEGO

Zwracam się z prośbą o podjęcie czynności zmierzających w kierunku podjęcia
leczenia odwykowego przez

.....,
(imię i nazwisko osoby zgłaszanej)

zamieszkałej/zamieszkałego w

.....
(adres do korespondencji osoby zgłaszanej)

Prośbę swą motywuję

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....
.....
(opisanie sytuacji spowodowanej nadużywaniem napojów alkoholowych przez osobę zgłoszoną - atmosfera w domu, od kiedy taka sytuacja ma miejsce, zachowanie osoby i problemy z tego wynikające).

Świadkowie:

1. zam.
2. zam.

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

Imię i nazwisko

Stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania

Nr dowodu osobistego

.....
(podpis wnioskodawcy)

Podstawę prawną zobowiązania do leczenia odwykowego stanowią artykuły od 24 do 36 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Powyższą procedurę wdraża się wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny.

W przypadku, gdy uczestnik postępowania wyraża zgodę na podjęcie dobrowolnego leczenia odwykowego postępowanie może zostać zawieszona.

Dane osobowe będą przetwarzane przez Gminną Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Kudowie-Zdroju na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

ANKIETA DO WNIOSKU W SPRAWIE ZOBOWIĄZANIA DO LECZENIA ODWYKOWEGO

1. Imię i nazwisko (osoby zgłoszonej)

.....

2. Imiona rodziców

.....

3. Data urodzenia

.....

4. PESEL

.....

5. Adres zamieszkania

.....

6. Adres do korespondencji

.....

7. Miejsce pracy

nie pracuje od

.....

8. Pomoc OPS tak/nie jaka?

.....

9. Stan cywilny

.....

10. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym:

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	wiek	Zajęcie/zatrudnienie

11. Czy ta osoba wywiązuje się z obowiązku utrzymania rodziny

.....

12. Od jak dawna nadużywa alkoholu

.....

13. Jak często się upija

.....

14. Czy były interwencje Policji

.....

15. Czy była ta osoba karana za zakłócanie porządku w stanie nietrzeźwym

.....

16. Czy ta osoba przebywała w Izbie Wyrzeźwień

.....

17. Czy ta osoba podjęła kiedykolwiek leczenie odwykowe? Jeśli tak to gdzie i kiedy

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)