……………………………………………………

*miejscowość, data*

……………………………………………………

*imię i nazwisko wnioskodawcy*

……………………………………………………

……………………………………………………

*adres zamieszkania*

……………………………………………………

*telefon kontaktowy*

**WNIOSEK**

**Gminna Komisja ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
i Przeciwdziałania Narkomanii w Gminie Rossosz**

Proszę o skierowanie na leczenie odwykowe z powodu nadużywania napojów alkoholowych:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Data i miejsce urodzenia | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Imiona rodziców | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Adres zamieszkania | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Stopień pokrewieństwa/relacji z wnioskodawcą | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Miejsce pracy | …………………………………………………………………………………………………………... |
| Dzieci: imiona, wiek, szkoły | …………………………………………………………………………………………………………... |
|  | …………………………………………………………………………………………………………... |
|  | …………………………………………………………………………………………………………... |

Opis sytuacji związanych z piciem alkoholu:

|  |  |
| --- | --- |
| Od ilu lat (od jakiego wieku) spożywa alkohol | …………………………………………………………………………………………... |
| Od kiedy nasiliło się picie alkoholu | …………………………………………………………………………………………... |
| Ilość i rodzaj spożywanego alkoholu | …………………………………………………………………………………………... |
| Ilość alkoholu, po jakiej następuje upicie się | …………………………………………………………………………………………... |
| Występowanie ciągów alkoholowych (jakie) | …………………………………………………………………………………………... |
| Zachowanie pod wpływem alkoholu (agresja, wszczynanie awantur, zaniedbywanie domu)  | …………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………... |
| Interwencje policji, karalność itp. | …………………………………………………………………………………………... |
| Czy współutrzymuje rodzinę  | …………………………………………………………………………………………... |
| Czy ma nałożony obowiązek alimentacyjny | …………………………………………………………………………………………... |
| Czu był zwalniany z pracy z powodu alkoholu | …………………………………………………………………………………………... |
| Występowanie dolegliwości zdrowotnych (choroby, wymioty, biegunka, itp.) | …………………………………………………………………………………………... |
|  | …………………………………………………………………………………………... |
| Wcześniejsze podejmowanie leczenia odwyk. (gdzie, kiedy, czy przebyte w całości) | …………………………………………………………………………………………... |
|  | …………………………………………………………………………………………... |

Inne istotne fakty: ………………………………………………………………………………………….......................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

………………………………………………………………………………………….........................................................................

Powyższe fakty mogą potwierdzić świadkowie (najlepiej osoba z rodziny oraz osoba spoza rodziny):

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko | ……………………………………………………………………………… |
| Adres zamieszkania | ……………………………………………………………………………… |
|  | ……………………………………………………………………………… |
| Imię i nazwisko | ……………………………………………………………………………… |
| Adres zamieszkania | ……………………………………………………………………………… |
|  | ……………………………………………………………………………… |
| Imię i nazwisko | ……………………………………………………………………………… |
| Adres zamieszkania | ……………………………………………………………………………… |
|  | ……………………………………………………………………………… |

*Do wniosku prosimy dołączyć kserokopie dokumentów związanych z piciem alkoholu przez w/w osobę np. karty informacyjne pobytu w szpitalu, nałożone kary przez Kolegium ds. wykroczeń, wyroki sądowe, itp.*

……………………………………………………

*czytelny podpis wnioskodawcy*