

GMINNA KOMISJA
ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
43-250 PAWŁOWICE , UL. ZJEDNOCZENIA 60

WNIOSEK W SPRAWIE LECZENIA OSOBY Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

1. Nazwisko i imię.....Płeć: M/K
Imiona rodziców.....
2. Data urodzenia.....19..... r. PESEL.....
3. Adres.....,ul.....
telefon.....
4. Adres do korespondencji.....
5. Wykształcenie.....Zawód.....
6. Miejsce pracy.....
nie pracuje od.....
7. Stan cywilny.....rodzinny.....
8. Z kim mieszka.....
kogo utrzymuje.....
9. Czy wywiązuje się z obowiązku utrzymania rodziny: tak/ nie.....
10. Pije alkohol: piwo / wino/ wódka / inne.....od jak dawna.....
11. Jak często się upija.....
12. Jak zachowuje się w stanie nietrzeźwym: spokojny, agresywny słownie/ wywołuje awantury agresywny fizycznie/ demoralizuje małoletnich/ zakłóca spokój lub porządek publiczny / powoduje rozkład życia rodzinnego/ inne.....
13. Czy były interwencje Policji: tak / nie/ nie wiadomo
.....
14. Czy założono „Niebieską Kartę Przemocy w Rodzinie” : tak / nie / nie wiadomo.
Uwagi/ przemoc w rodzinie.....
.....
15. Czy był karany za zakłócanie porządku w stanie nietrzeźwym: tak/ nie/ nie wiadomo
.....
16. Czy zabrano prawo jazdy za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym: tak/nie/
nie dot.
17. Czy przebywał w Izbie Wytrzeźwień: tak / nie / nie wiadomo- ile razy.....
18. Czy był leczony odwykowo: tak/ nie.....
19. Czy był leczony szpitalnie: tak/ nie
20. Czy aktualnie toczy się wobec w/ w sprawa w Prokuraturze: tak/ nie/ nie wiadomo.
- Inne uwagi**.....
.....
.....
.....
.....

OSOBA WNIOSKUJACA

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:.....

Nazwisko i imię.....

PESEL..... Telefon

.....

Adres:....., ul.....

Informujemy, iż w przypadku podejrzenia o popełnienie przestępstwa z użyciem przemocy wobec członków rodziny, Komisja zobowiązana jest niezwłocznie zawiadomić o tym Policję lub Prokuratora

(art.12 ust. z dnia 29.07.2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz. U. Nr 180, poz.1493).

Za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy przy składaniu zeznania grozi kara pozbawienia wolności do lat 3 (art.233 KK)

Podpis.....

Nr dow. osob.....

Pawłowice, dnia.....

Przyjmujący wniosek/ członek GKRPA

.....