

**GMINNA KOMISJA ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH  
W ŚWILCZY**

36-072 Świlcza 168, tel. 17 86 70 131, 163

---

**WNIOSEK W SPRAWIE LECZENIA OSOBY Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM**

1. **Nazwisko i imię osoby uzależnionej** .....
2. Płeć: M / K  
Imiona rodziców.....
3. Data urodzenia..... r. PESEL.....
4. Adres.....  
telefon.....
5. Adres do korespondencji.....
6. Wykształcenie.....Zawód.....
7. Miejsce pracy.....  
nie pracuje od ..... Zasiłek GOPS: tak / nie .....
8. Stan cywilny..... rodzinny.....
9. Z kim mieszka.....  
kogo utrzymuje.....  
w jakim wieku są dzieci (jeśli posiada).....
10. Czy wywiązuje się z obowiązku utrzymania rodziny: tak / nie.....
11. Pije alkohol: piwo / wino / wódka / inne.....od jak dawna.....
12. Jak często się upija.....  
.....
13. 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.....
14. Czy były interwencje Policji: tak / nie / nie wiadomo .....
15. Czy założono „Niebieską Kartę Przemocy w Rodzinie”: tak / nie / nie wiadomo.  
Komisariat Policji Nr..... / Uwagi /przemoc w rodzinie .....
16. Czy był karany za zakłócanie porządku w stanie nietrzeźwym: tak / nie / nie wiadomo.....
17. Czy zabrano prawo jazdy za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym: tak / nie / nie dot.  
samochód / skuter / rower / inne..... / ..... ‰ / na jaki czas zabrano prawo jazdy.....
17. Czy przebywał w Ośrodku Terapii Uzależnień 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 WNIOSKUJĄCA**

**STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA:** .....

**Nazwisko i imię**.....

PESEL..... Telefon .....

Adres:.....

*Informujemy, iż w przypadku podejrzenia o popełnieniu 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. z 2015 r. poz. 1390).*

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzenie PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*

*Dane osobowe będą przetwarzane przez Komisję w celu realizacji ustawowego zadania - podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego, zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019r., poz. 2277).*

Podpis.....

Nr dow. osob.....

Świlcza, dnia.....r.

**Przyjmujący wniosek / członek GKRPA** .....

.....