

Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Aleja Konstytucji 3 Maja 32 pok.204

96-200 Rawa Mazowiecka

WNIOSEK W SPRAWIE LECZENIA OSOBY Z PROBLEMEM ALKOHOLOWYM

1. **Nazwisko i imię**

Płeć: M / K

Imiona rodziców

.....

2. Data urodzenia..... r. PESEL.....

3. Adres zamieszkania

..... telefon

4. Wykształcenie.....Zawód.....

5. Miejsce pracy.....

..... nie pracuje od Zasiłek GOPS: tak /

nie /niewiem

6. Stan cywilny

rodzinny.....

7. Z kim mieszka

.....

kogo utrzymuje

.....

8. Czy wywiązuje się z obowiązku utrzymania rodziny: tak /

nie.....

9. Pije alkohol: piwo / wino / wódka / inne.....od jak

dawna.....

10. Jak często się upija

.....

.....

.....

11. 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.....
.....

12. Czy były interwencje Policji: tak / nie / nie wiadomo

.....

13. Czy założono „Niebieską Kartę Przemocy w Rodzinie”: tak / nie / nie wiadomo.

14. Czy był karany za zakłócanie porządku w stanie nietrzeźwym: tak / nie / nie wiadomo

.....

15. Czy zabrano prawo jazdy za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym: tak / nie / nie dot.

samochód / skuter / rower / inne..... / % / na jaki czas
zabrano prawo jazdy.....

18. Czy był leczony odwykowo: tak / nie

.....

Jeśli tak to kiedy.....

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, Gminna Komisja wypełnia formularz „Niebieska Karta” i przekazuje go do rozpatrzenia do Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w Rawie Mazowieckiej..

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 2018 r., poz. 2137ze zmianami).

Podpis.....

Nr dowodu osobistego

.....

....., dnia.....r.

Przyjmujący wniosek / członek GKRPA

.....