Gorzów Wielkopolski….…………………………

# Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

**w Gorzowie Wielkopolskim**

Na podstawie Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w związku z konsekwencjami nadużywania alkoholu skutkującymi:

1. rozkładem życia rodzinnego,
2. demoralizacją nieletnich,
3. uchylaniem się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny,
4. systematycznym zakłócaniem spokoju lub porządku publicznego, (*właściwe podkreślić*)

zwracam się z wnioskiem o podjęcie czynności zmierzających do orzeczenia obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego wobec:

**Nazwisko i imię:**……………………………………………………...............………......................

**Data ur.** ………………………… ........**Imiona rodziców:** .........................................................

**PESEL: …**……………………………………...............................................................................

**Zamieszkały/a:** …………………………………………………………………….................….......

**Adres do korespondencji:**……..……………………………………………………......................

**Stan cywilny:**…………………………… **nr telefonu:** …………………………………………….

**Stan rodzinny**: **żona/mąż**…………………………......................................................................

**konkubina/konkubent:**................................................**dzieci: (wiek)** ….…...…………........…

....................................................................................................................................................

**Miejsce pracy:**:………...……….………………………………………………….….................…...

**Stopień pokrewieństwa wobec osoby zgłaszanej:**……………………………………….........

1. **Sytuacja rodzinna** (*właściwe podkreślić*)
   * rodzina pełna,
   * rodzina niepełna,
   * rodzina rozbita (rozwód, separacja),
   * rodzina zrekonstruowana,
   * konkubinat,
   * osoba samotna,
2. **Postawy wobec rodziny** (*właściwe podkreślić*)
   * zaniedbuje obowiązki rodzinne,
   * nie łoży na utrzymanie rodziny,
   * wywiązuje się z obowiązków wobec rodziny,
3. **Sytuacja ekonomiczna** (*właściwe podkreślić*)
   * pracuje,
   * bezrobotny,
   * korzysta z pomocy społecznej,
   * inne ……………………………………………………………………………………...

**Powyższe dane podaję na podstawie art. 6 ust. 1 lit d) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) i ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000).**

# Uzasadnienie:

*Problem alkoholowy występuje od i objawia się: (właściwe podkreślić)*

* + nadużywaniem alkoholu,
  + nie kontrolowaniem picia alkoholu,
  + utratą przytomności z powodu alkoholu,
  + tzw. ciągami alkoholowymi,
  + myślami samobójczymi/ podejmowaniem prób samobójczych,
  + nie kontrolowaniem czynności fizjologicznych,
  + utratą pracy z powodu picia alkoholu,
  + zaniedbywaniem obowiązków rodzinnych,
  + nie łożeniem na utrzymanie rodziny,
  + awanturowaniem się pod wpływem alkoholu,
  + stosowaniem przemocy psychicznej ( w tym groźby odebrania życia sobie lub innym),
  + stosowaniem przemocy fizycznej,
  + interwencjami Policji,
  + założeniem Niebieskiej Karty w rodzinie,
  + utratą uprawnień z powodu picia alkoholu ( np. utrata prawa jazdy),
  + zakłócaniem spokoju i porządku publicznego z powodu picia alkoholu,
  + wchodzeniem w konflikt z prawem z powodu picia alkoholu,
  + przebywaniem w Ambulatorium Kontrolowanego Trzeźwienia (Izbie Wytrzeźwień)/ Ośrodku Pomocy Osobom Nietrzeźwym/Policyjnej Izbie Zatrzymań.

1. **Inne ważne dla sprawy informacje:** (*właściwe podkreślić*)

Ww. podejmował/ła leczenie odwykowe w ośrodku terapeutycznym - podać gdzie / nie podejmował leczenia (właściwe podkreślić)

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

………………………………………………………………………………………………............ Choruje ( np. psychicznie, na padaczkę poalkoholową)………………………..........…........

…………………………………………………………………………………………………....... Poza alkoholem stosuje inne środki ( np. leki psychotropowe, środki odurzające).............

…………………………………………………………………………………………….............. Inne …………………………………………………………………………………………......…

# Wnioskodawca

……………………………………… ……………………………………….

# (imię i nazwisko lub nazwa instytucji) Podpis

………………………………………

# (adres)

………………………………………

# (telefon)