

**WNIOSEK
O SKIEROWANIE NA LECZENIE ODWYKOWE**

Cieszanów dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(data i miejsce urodzenia wnioskodawcy –
w przypadku członków rodziny)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

**Miejska Komisja Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych
Miasta Cieszanów**

Proszę o skierowanie na leczenie odwykowe mojego (mojej)

Imię i nazwisko.....

Data urodzeniamiejsce urodzenia.....

Imiona rodziców.....

Adres zamieszkania.....

Miejsce pracy..... Wykształcenie

Informacje o posiadanych dzieciach: (imię i nazwisko, wiek, w której szkole i klasie się uczą),
jeżeli dzieci są dorosłe należy podać imię i nazwisko, wiek oraz czy są usamodzielnione:

1).....

2)

3)

4)

Opis sytuacji związanych z piciem alkoholu :

1) od ilu lat pije?

2) czy pije przez kilka dni, tydzień, dwa tygodnie lub w inny sposób, czy ma ciągi alkoholowe?

.....

.....

3) ilość wypijanego alkoholu i jego rodzaj?

.....

4) po jakiej ilości napojów alkoholowych upija się?

5) od kiedy nasiliło się picie alkoholu?

6) czy pod wpływem alkoholu urządza awantury?.....

7) czy interweniowała Policja, kiedy ostatni raz?

8) czy jest założona „Niebieska karta”? , jeśli tak to kiedy?

9) czy był (a) karany (a) i za co ?.....

.....

10) czy zabrano prawo jazdy za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym? Jeśli tak, to kiedy?

11) czy aktualnie toczy się w/w sprawa w Prokuraturze?

12) czy uchyła się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny (potrzeby finansowe, pomoc w wychowaniu dzieci, praca we wspólnym gospodarstwie domowym) ?

.....

.....

13) czy ma nałożony obowiązek alimentacyjny?

14) jeżeli był (a) zwalniany (a) z pracy – czy przyczyną był alkohol ?.....

.....

15) czy ma dolegliwości zdrowotne (przebyte choroby i na co się skarża) ?

.....

.....

16) czy występują wymioty, biegunka ?.....

17) czy podejmował (a) leczenie odwykowe (gdzie i kiedy?)

.....

.....

Dodatkowe informacje:

.....

.....

Powyższe fakty potwierdzają świadkowie: przynajmniej jedna osoba z rodziny i jedna osoba obca (prosimy podać imię, nazwisko i adres świadków).

.....

.....

Do wniosku prosimy dołączyć kserokopie dokumentów związanych z piciem alkoholu przez w/w osobę np. karty informacyjne z pobytów w szpitalu i wyroki sądowe.

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy)

***Uwaga: nie ma możliwości prawnej wycofania wniosku w trakcie prowadzonej procedury leczenia odwykowego.**