



## Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Oleśnicy

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres

.....  
Nr telefonu

**WÓJT GMINY OLEŚNICA**  
**ul. 11 Listopada 24**  
**56-400 Oleśnica**

### Wniosek w sprawie zgłoszenia na leczenie osoby z problemem alkoholowym

Dane osoby, której wniosek dotyczy:

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania .....

3. Data urodzenia ..... PESEL .....

4. Stan cywilny .....

5. Miejsce pracy, zawód, wykształcenie .....

6. Kto mieszka z ww. i z kim ww. prowadzi wspólne gospodarstwo domowe? Czy w domu są małe dzieci? .....

.....  
.....

7. Czy ww. wywiązuje się z obowiązku utrzymania rodziny? .....

8. Jaki rodzaj alkoholu ww. pije najczęściej (piwo, wino, wódka lub inne)?.....

.....

9. Jak często nadużywa alkoholu (codziennie, kilka razy w tygodniu/miesiącu)? .....

.....



10. Czy ww. ma przerwy w piciu?

.....

11. Jak ww. zachowuje się w stanie nietrzeźwym (czy jest spokojny, agresywny, wulgarny, zakłóca porządek i spokój publiczny)?.....

.....

.....

12. Czy były interwencje Policji? Jeżeli tak, to kiedy? .....

.....

13. Czy rodzina ma założoną „Niebieską Kartę Przemocy w Rodzinie”?.....

14. Czy ww. miał zabrane prawo jazdy z powodu alkoholu? .....

15. Czy ww. leczył się odwykowo? .....

16. Czy w przeszłości lub obecnie toczy się wobec ww. postępowanie karne w związku z piciem alkoholu? .....

**Dane osoby zgłaszającej:**

1. Imię i nazwisko .....

2. Adres zamieszkania .....

3. Telefon .....

4. Stopień pokrewieństwa ze zgłoszonym .....

.....

**podpis Wnioskodawcy**