

Mẫu 16. Quyết định đình chỉ hoạt động cai nghiện ma túy đối với tổ chức, cá nhân cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng.

ỦY BAN NHÂN DÂN
HUYỆN¹.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-UBND

.....¹....., ngày tháng ... năm

QUYẾT ĐỊNH

Đình chỉ hoạt động cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tại gia đình, cộng đồng

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN¹.....

Căn cứ Luật Phòng, chống ma túy năm 2021;

Căn cứ Nghị định số 116/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 12 năm 2021 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Phòng, chống ma túy, Luật Xử lý vi phạm hành chính về cai nghiện ma túy và quản lý sau cai nghiện ma túy;

Căn cứ Biên bản vi phạm hành chính số:...../BB-VPHC, ngày/...../.....

Theo đề nghị của Trưởng phòng Lao động - Thương binh và Xã hội,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Đình chỉ hoạt động cai nghiện ma túy của cơ sở².....; theo Quyết định số:/QĐ-UBND ngày/...../..... của Chủ tịch Ủy ban nhân dân huyện.....

2. Lý do đình chỉ:³.....

3. Thời hạn đình chỉ:..... tháng, từ ngày...../...../..... đến ngày/...../.....

Điều 2. Cơ sở²..... phải chịu trách nhiệm hoàn trả chi phí cai nghiện và giải quyết các quyền, lợi ích khác của người cai nghiện theo hợp đồng dịch vụ cai nghiện.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 4. Chánh Văn phòng Ủy ban nhân dân huyện, tổ chức/cá nhân có tên tại Điều 1, Trưởng phòng Lao động - Thương binh và Xã hội, các cá nhân, cơ quan, tổ chức liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lưu VT.

**TM. ỦY BAN NHÂN DÂN
CHỦ TỊCH**

(Ký,, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

¹ Ghi rõ địa danh cấp Quận/Huyện/Thị xã/Thành phố thuộc tỉnh/Thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương;

² Ghi rõ tên cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy;

³ Ghi rõ lý do đình chỉ theo quy định của Nghị định số .../2021/NĐ-CP ngày

Mẫu 17. Báo cáo khắc phục việc đình chỉ hoạt động của tổ chức, cá nhân cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng.

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹
TÊN CƠ SỞ.....²

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....³....., ngày..... tháng..... năm.....

BÁO CÁO

Khắc phục hậu quả việc đình chỉ hoạt động của cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng

Kính gửi: Chủ tịch Ủy ban nhân dân⁴.....

Thực hiện Quyết định số: .../QĐ-UBND ngày ... tháng năm của Chủ tịch Ủy ban nhân dân huyện..... về việc đình chỉ hoạt động cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy.....

Cơ sở báo cáo kết quả khắc phục hậu quả đình chỉ hoạt động cai nghiện ma túy như sau:

1. Hành vi vi phạm và kết quả khắc phục (*ghi rõ từng hành vi vi phạm theo biên bản và kết quả khắc phục của cơ sở cai nghiện ma túy*).

.....

2. Kết quả giải quyết đối với người cai nghiện theo hợp đồng dịch vụ cai nghiện trong thời gian cơ sở bị đình chỉ hoạt động (*bồi thường thiệt hại, hoàn trả chi phí cai nghiện....*).

.....

3. Các vấn đề khác:

.....

4. Kiến nghị:⁵.....

.....

NGƯỜI ĐẠI DIỆN

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu)

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp (nếu có);

² Tên cơ sở cai nghiện ma túy/cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện;

³ Địa danh;

⁴ Ghi rõ địa danh cấp Quận/Huyện/Thị xã/Thành phố thuộc tỉnh/Thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương;

⁵ Ghi rõ kiến nghị công bố lại hoặc không.

Mẫu 18. Quyết định giao nhiệm vụ cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng đối với đơn vị sự nghiệp thuộc thẩm quyền.

ỦY BAN NHÂN DÂN
HUYỆN¹

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /QĐ-UBND¹....., ngày tháng năm

QUYẾT ĐỊNH

Đặt hàng, giao nhiệm vụ cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng

CHỦ TỊCH ỦY BAN NHÂN DÂN¹.....

Căn cứ Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 19 tháng 6 năm 2015; Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Tổ chức Chính phủ và Luật Tổ chức chính quyền địa phương ngày 22 tháng 11 năm 2019;

Căn cứ Luật Phòng, chống ma túy năm ngày 30 tháng 3 năm 2021;

Căn cứ Nghị định số 116/2021/NĐ-CP ngày 21 tháng 12 năm 2021 của Chính phủ quy định chi tiết một số điều của Luật Phòng, chống ma túy, Luật Xử lý vi phạm hành chính về cai nghiện ma túy và quản lý sau cai nghiện ma túy;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Lao động - Thương binh và Xã hội;

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Đặt hàng, giao nhiệm vụ cho đơn vị sự nghiệp công lập dưới đây cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện tại gia đình, cộng đồng:

1. Tên đơn vị sự nghiệp công lập (*chữ in hoa*):

Người đại diện: Chức danh:

2. Phạm vi dịch vụ cai nghiện tự nguyện:².....

3. Loại hình cung cấp dịch vụ:³.....

4. Địa chỉ cung cấp dịch vụ:⁴.....

5. Giá dịch vụ (*dự kiến*):

Điều 2. Việc cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy thực hiện theo cơ chế đặt hàng, giao nhiệm vụ cho đơn vị thực hiện. Đơn vị phải bảo đảm thực hiện theo quy định pháp luật về cai nghiện ma túy.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký. Chánh Văn phòng Ủy ban nhân dân huyện, tổ chức/cá nhân có tên tại Điều 1, Trưởng phòng Lao động - Thương binh và Xã hội, các cá nhân, cơ quan, tổ chức liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu VT.

TM. ỦY BAN NHÂN DÂN

CHỦ TỊCH

(Ký,, ghi rõ họ tên, đóng dấu)

¹ Ghi rõ tên địa danh cấp Quận/Huyện/Thị xã/Thành phố thuộc tỉnh/Thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương;

² Ghi rõ dịch vụ cai nghiện ma túy dự kiến cung cấp;

³ Ghi rõ dịch vụ nội trú hay ngoại trú;

⁴ Ghi địa chỉ cụ thể của đơn vị sự nghiệp.

Mẫu 19. Phiếu thu thập thông tin của người cai nghiện ma túy

TÊN CƠ, TC CHỦ QUẢN ¹
TÊN CƠ SỞ.....²

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

.....³....., ngày..... tháng..... năm.....

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGƯỜI CAI NGHIỆN MA TÚY**I. THÔNG TIN VỀ NHÂN THÂN**

1. Họ, tên (*viết in hoa*):; 2. Giới tính:
3. Ngày, tháng, năm sinh:.....
4. Số CCCD/CMND/Hộ chiếu:
- Ngày cấp: .../.../.....
- Nơi cấp:
5. Nơi cư trú:
6. Quốc tịch:; Dân tộc; Tôn giáo
7. Đối tượng chính sách:.....
8. Người khi cần báo tin:; Điện thoại:
- Mối quan hệ:; Địa chỉ:

II. THÔNG TIN VỀ GIA ĐÌNH

1. Họ, tên bố:; Tuổi:
- Địa chỉ
2. Họ, tên mẹ:; Tuổi:
- Địa chỉ
3. Họ, tên vợ/chồng:; Tuổi:
- Địa chỉ
4. Họ, tên con thứ nhất:; Tuổi:
- Địa chỉ
5. Họ, tên con thứ hai:; Tuổi:
- Địa chỉ

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp (nếu có);

² Tên cơ sở cai nghiện ma túy/cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện

³ Địa danh

III. THÔNG TIN VỀ SỨC KHỎE, Y TẾ

1. Tiền sử bệnh lý:

a) Đã từng mắc các bệnh cơ thể (*HIV, lao, gan mật, hen, dị ứng, tim mạch, nội tiết, tiết niệu - sinh dục, ngoại khoa, bệnh da liễu, dị ứng....*): Có Không

Nếu CÓ, ghi rõ:

- Thời gian phát hiện bệnh: ; Thời gian điều trị::.....

- Kết quả hiện tại:

b) Đã từng mắc các bệnh tâm thần (*lo âu, trầm cảm, ý tưởng và hành vi tự sát, tâm thần phân liệt, rối loạn stress sau sang chấn, rối loạn nhân cách.....*; thời gian phát hiện bệnh, điều trị và kết quả) Có Không

Nếu CÓ, ghi rõ:

- Thời gian phát hiện bệnh:; Thời gian điều trị:

- Kết quả hiện tại:

c) Tiền sử bệnh gia đình (*bệnh tâm thần, nghiện ma túy, nghiện rượu, lao.....*):

Có Không

Nếu CÓ, ghi rõ:

- Tổng số người mắc bệnh:; Mối quan hệ (*bố, mẹ, anh, chị, em, con*):

d) Tình trạng gia đình (*bạo lực trong lạm dụng tình dục, xung đột thường xuyên giữa các thành viên trong gia đình....*) Có Không

Nếu CÓ, ghi rõ:

- Tần suất xảy ra: Thường xuyên Thỉnh thoảng Hiếm khi

3. Tình trạng sức khỏe hiện tại

a) Chiều cao:m ; Cân nặng:kg

b) Nhịp tim:..... ; Huyết áp:.....

c) Bệnh mãn tính (huyết áp cao, tiểu đường.....):

d) Các dấu hiệu thể chất:

đ) Các dấu hiệu tâm thần:

Kết luận:

IV. THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT GÂY NGHIỆN, CAI NGHIỆN

1. Các chất gây nghiện đã và đang sử dụng

Chất gây nghiện đã sử dụng	Tuổi lần đầu sử dụng	Tuổi lần đầu tiêm chích	Tổng thời gian sử dụng	Trong 1 tháng trở lại đây			
				Số ngày sử dụng	Số lần sử dụng	Cách sử dụng*	Tổng số tiền/ngày
CDTP**:							
ATS***:							
Ecstasy							
Cần sa							
Benzodiazepine							
Phenobarbital							
Rượu							
Thuốc lá							
Chất khác							

(*) Cách sử dụng:

1= Uống,

2= Hít,

3= Hút,

4= Tiêm tĩnh mạch

(**) CDTP (Chất dạng thuốc phiện):

1= Thuốc phiện,

2= Morphine,

3= Heroin

(***) ATS:

1= Amphetamine,

2= Methamphetamin

1. Lịch sử cai nghiện

TT	Năm	Địa điểm (*)	Thời gian	Phương pháp (**)	Lý do tái nghiện
1					
2					
3					
4					
5					

(*) Địa điểm:

1= Cơ sở cai nghiện 2= Tại gia đình và cộng đồng; 3= Cơ sở cai
nghiện tự nguyện; 4= Bệnh viện; 5= Khác.

(**) Phương pháp:

1= Hỗ trợ điều trị cắt cơn bằng thuốc an thần kinh; 2= Châm cứu;
3= Thuốc y học cổ truyền; 4= Phục hồi chức năng tại Trung tâm;
5= Hỗ trợ bằng thuốc Naltrexone; 6= Không sử dụng thuốc; 7= Khác.

V. THÔNG TIN VỀ QUAN HỆ XÃ HỘI

1. Trình độ học vấn:; Văn bằng, chứng chỉ:
2. Nghề nghiệp:; Trình độ chuyên môn cao nhất:
3. Tình trạng hôn nhân:
Chưa kết hôn Đã kết hôn Ly dị
4. Tình trạng pháp lý (*tiền án, tiền sự, giấy tờ tùy thân....*):
5. Tình trạng việc làm:
Có việc làm Việc làm ổn định Thất nghiệp

NHÂN VIÊN Y TẾ
(Ký, ghi rõ họ tên)

NHÂN VIÊN XÃ HỘI
(Ký, ghi rõ họ tên)

Mẫu 20. Kế hoạch cai nghiện ma túy

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹
TÊN CƠ SỞ.....²

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

KẾ HOẠCH CAI NGHIỆN MA TÚY

Người cai nghiện:; Tuổi.....; Giới tính.....

Ngày tiếp nhận: ngày tháng năm.....

Ngày dự kiến kết thúc: ngày tháng năm.....

I. ĐIỀU TRỊ Y TẾ

1. Đánh giá: (loại ma túy sử dụng, hội chứng cai, rối loạn tâm thần, các bệnh lý khác qua thăm khám...)

.....

2. Mục tiêu: (xác định rõ các mục tiêu của việc điều trị y tế đối với người cai nghiện trên cơ sở đánh giá ở điểm 1)

.....

3. Kế hoạch điều trị:

3.1. Điều trị cắt cơn, giải độc: (phác đồ điều trị³; Địa điểm thực hiện; Thời gian thực hiện Người phụ trách/thực hiện).

3.2. Điều trị rối loạn tâm thần do sử dụng ma túy: (phác đồ điều trị; Địa điểm thực hiện; Thời gian thực hiện Người phụ trách/thực hiện).

3.3. Điều trị các bệnh lý khác: (phác đồ điều trị; Địa điểm thực hiện; Thời gian thực hiện Người phụ trách/thực hiện).

II. HỖ TRỢ PHỤC HỒI

1. Đánh giá: (các ảnh hưởng của ma túy đối với thể chất, tâm thần của người cai nghiện ma túy)

.....

2. Mục tiêu: (xác định rõ các mục tiêu của việc điều trị, hỗ trợ phục hồi thể chất, tâm thần trên cơ sở đánh giá ở điểm 1)

.....

3. Kế hoạch thực hiện:

3.1. Điều trị phục hồi hành vi: (phương pháp/cách thức thực hiện; địa điểm thực hiện; thời gian thực hiện; người phụ trách/thực hiện).

3.2. Điều trị phục hồi tâm thần: (phương pháp/cách thức thực hiện; địa điểm thực hiện; thời gian thực hiện; người phụ trách/thực hiện).

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp (nếu có);

² Tên cơ sở cai nghiện ma túy/cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện;

³ Ghi rõ loại phác đồ điều trị được áp dụng đối với người cai nghiện do Bộ Y tế ban hành.

III. GIÁO DỤC, TƯ VẤN PHỤC HỒI HÀNH VI, NHÂN CÁCH

1. **Đánh giá:** (nhận thức, mức độ rối loạn hành vi, nhân cách, các yếu tố ảnh hưởng từ gia đình, cộng đồng, nơi làm việc...)

.....

2. **Mục tiêu:** (xác định rõ các mục tiêu của việc giáo dục, tư vấn, phục hồi hành vi, nhân cách đối với người cai nghiện trên cơ sở đánh giá ở điểm 1)

.....

3. Kế hoạch thực hiện:

3.1. Giáo dục chuyên đề: (lựa chọn chuyên đề phù hợp trình độ nhận thức của người cai nghiện; phương pháp/cách thức thực hiện; địa điểm thực hiện; thời gian thực hiện; người phụ trách/thực hiện).

3.2. Trị liệu tâm lý: (lựa chọn phương pháp trị liệu tâm lý (tư vấn cá nhân, tư vấn nhóm, thiền,) phù hợp với cá nhân của người cai nghiện; địa điểm thực hiện; thời gian thực hiện; người phụ trách/thực hiện).

3.3. Hoạt động thể thao, văn hóa, sinh hoạt tập thể: (tổ chức, khuyến khích người cai nghiện tham gia các hoạt động thể thao, văn hóa, sinh hoạt tập thể).

IV. LAO ĐỘNG TRỊ LIỆU, HỌC NGHỀ

1. **Đánh giá:** (tình trạng sức khỏe, giới tính, nghề nghiệp, kỹ năng lao động của người cai nghiện)

.....

2. **Mục tiêu:** (xác định các mục tiêu trên cơ sở đánh giá ở điểm 1)

.....

3. Kế hoạch thực hiện:

3.1. Lao động trị liệu: (tổ chức các hoạt động lao động trị liệu phù hợp với sức khỏe, giới tính, kỹ năng lao động của người cai nghiện).

3.2. Học nghề: (tổ chức dạy nghề theo nhu cầu của người cai nghiện và khả năng thực hiện của cơ sở).

V. ĐÁNH GIÁ, CHUẨN BỊ TÁI HÒA NHẬP

1. Đánh giá kế hoạch cai nghiện theo các mục tiêu (từ I đến IV): (đánh giá kết quả theo các mức độ: Tốt - Đạt - Không đạt).

2. Cung cấp thông tin cho người cai nghiện (biện pháp quản lý sau cai nghiện tại cộng đồng; các chính sách hỗ trợ; thông tin, địa chỉ dịch vụ công tác xã hội, nhóm sinh hoạt đồng đẳng).

3. Tư vấn cho người cai nghiện xây dựng kế hoạch tái hòa nhập cộng đồng.

NGƯỜI CAI NGHIỆN
(ký, ghi rõ họ, tên)

NGƯỜI TƯ VẤN
(ký, ghi rõ họ, tên)

XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ.....
(ký, ghi rõ họ, tên, đóng dấu)

Mẫu 21. Kế hoạch tái hòa nhập cộng đồng của người sau cai nghiện ma túy

TÊN CQ, TC CHỦ QUẢN¹
TÊN CƠ SỞ.....²

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

**KẾ HOẠCH
TÁI HÒA NHẬP CỘNG ĐỒNG CỦA NGƯỜI SAU CAI NGHIỆN MA TÚY**

Họ và tên:; Tuổi.....; Giới tính.....

Nơi cư trú sau cai nghiện:

I. ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ TÁI HÒA NHẬP

1. Tình trạng sức khỏe

2. Quan hệ gia đình, xã hội

3. Việc làm, sinh kế sau cai nghiện

II. MỤC TIÊU (lựa chọn các mục tiêu ưu tiên)

1. Phòng, chống tái nghiện ma túy

2. Tiếp tục điều trị phục hồi sức khỏe

3. Học tập, học nghề

4. Việc làm, sinh kế

III. NỘI DUNG HOẠT ĐỘNG, THỜI GIAN THỰC HIỆN (dự kiến chi tiết các hoạt động cần làm để đạt được mục tiêu lựa chọn)

1. Phòng, chống tái nghiện ma túy

2. Tiếp tục điều trị phục hồi sức khỏe

3. Học tập, học nghề

4. Việc làm, sinh kế

IV. NGUỒN LỰC THỰC HIỆN (xác định nguồn lực hiện có và đề xuất nhu cầu hỗ trợ từ chính quyền và các chính sách của Nhà nước)

1. Bản thân, gia đình

2. Hỗ trợ từ chính quyền nơi cư trú/khác

NGƯỜI SAU CAI NGHIỆN (ký, ghi rõ họ, tên) NGƯỜI TƯ VẤN (ký, ghi rõ họ, tên) XÁC NHẬN CỦA CƠ SỞ.....
(ký, ghi rõ họ, tên, đóng dấu)

¹ Tên cơ quan, tổ chức chủ quản trực tiếp (nếu có);

² Tên cơ sở cai nghiện ma túy/cơ sở cung cấp dịch vụ cai nghiện ma túy tự nguyện.