

För att ansökan ska behandlas bör legitimerad läkare fyllt i läkarintyget på sidan 2. För parkeringstillståndet fordras ett välliknande foto och namnteckning, se bilaga till ANSÖKAN. Kommunen beslutar om fotot skall inlämnas med ansökan eller då tillståndet beviljas.

Jag ansöker för första gången  Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat parkeringstillstånd med tillståndsnr .....

**Sökande**

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Bostadsadress</b> (utdelningsadress, postnummer och postort)	<b>Telefon bostaden</b> (även riktnr)
<b>Arbetsadress</b> (utdelningsadress, postnummer och postort)	<b>Telefon arbetet</b> (även riktnr)

**Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl**


<input type="checkbox"/> Jag kör normalt själv fordonet	<input type="checkbox"/> Jag kör aldrig själv
---	---

**Annan person som normalt kommer att köra fordonet (frivillig uppgift)**

<b>Namn</b>	<b>Adress</b>
<input type="checkbox"/> Maka/Make <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Annan person	

**Bifogande handlingar**

<input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Kopia av tidigare parkeringstillstånd i denna eller annan kommun	<b>Annan handling</b>
---	-----------------------

Jag ger mitt tillstånd till att nämndens handläggare och konsultläkare vid behov får Kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar

Ovanstående uppgifter, foto och namnteckning (se bilaga till ANSÖKAN) samt uppgifter om om tillståndets giltighet m m kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PuL) samt Lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.

Ort och datum

Underskrift

**Nämndens noteringar**


# LÄKARINTYG

## Till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Information till intygsskrivande läkare om  
Bedömningsgrupper etc, se vidstående sida

### Uppgifter om den undersökte (skriv på maskin eller texta tydligt)

Namn		
Uppgifter baserade på (kryssa i aktuella rutor)		
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan
Diagnos		Ange årtal
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.		Sjukdomen/Skadan uppstod, datum
Hur långt kan den sökande gå på plan mark		Ange vilket hjälpmedel
m <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel		
Handikappets beräknade varaktighet		
<input type="checkbox"/> < 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> > 2 år		
I det fall den sökande ej själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Beskrivning av behovet av hjälp		

### Underskrift

Datum och leg läkares underskrift	Namnförtydligande, ev specialistkompetens
	Utdelningsadress (gata, box etc)
Telefon (även riktnr)	Postnummer och postort

Bilaga till  
**ANSÖKAN** om parkerings-  
tillstånd för rörelsehindrade

Plats för foto

Ort och datum

-----  
Sökandens namnteckning skrivs på den streckade linjen ovan.

### Upplysningar

För att tillståndet skall kunna utfärdas fordras:

- ett välliknande foto i passformat
- sökandens underskrift (ovan på denna bilaga)

Om foto och namnteckning inlämnas tillsammans med ansökan kan handläggningen gå snabbare. Fäst fotot på anvisad plats.

Uppgifterna i denna bilaga kan komma att lämnas ut till korttillverkaren.