

- Nytt tillstånd  Lokalt tillstånd i hemortskommunen  
 Förnyelse av tidigare erhållet tillstånd(ange nr och giltighetsdatum)\_\_\_\_\_

**Ansökan avser**

För- och efternamn (den rörelsehindrade)		Personnummer (10 siffror)
Adress		
Postnummer	Ort	Telefon dagtid
Ange varför ni anser er vara i behov av ett parkeringstillstånd (kan även anges på bilaga)		

**Vem kör fordonet?**

Tänker du som sökande själv köra fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om frågan besvarats med Nej, fyll då i nedanstående frågor:	
Namn på fordonsförare	Anknytning till sökanden
Adress	Postadress

För att ansökan skall kunna behandlas fordras att:

- Ett läkarintyg ifyllt av leg. läkare.
- Ett välliknande fotografi (typ passfoto) med personnummer skrivet på baksidan inlämnas efter beviljat tillstånd.

Obs! Handläggningstiden är ca 4 veckor. Tillståndet hämtas personligen eller skickas med REK post.

**Upplysning om PUL**

I syfte att administrera/handlägga ansökan kommer av dig lämnade personuppgifter att registreras och behandlas i enlighet med bestämmelserna i Personuppgiftslagen (1998:204)

**Underskrift**

Jag ger mitt tillstånd till kommunstyrelsens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.
Ort och datum
Namnteckning

**Läkarintyg**

Namn	Personnummer (10 siffror)
Intygsuppgifterna baserad på:	
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år _____
Diagnos på svenska	Sjukdomen/skadan uppstod år _____
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska) Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har.	
Hur långt kan sökande gå utan hjälp av annan person på plan mark? _____ meter	
Är sökande tvungen att använda <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel _____	
Sökande kör själv fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
I de fall sökanden inte själv kör fordonet, kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om nej, varför?	
Rörelsehindret beräknas bestå under <input type="checkbox"/> mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån-1 år <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> 2-3 år <input type="checkbox"/> bestående	

**Underskrift**

Ort	Datum	Sjukhus/vårdinrättning
Leg. läkares underskrift		
Namnförtydligande	Telefon direktnummer	Telefon sekr./mottagning