



Staffanstorps
kommun

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Skickas till:
**Staffanstorps
kommun**
Medborgarkontoret
245 80 Staffanstorp

För att en ny ansökan ska behandlas ska legitimerad läkare ha fyllt i läkarintyget på sidan 2 eller så bifogas ett läkarintyg med gångkapacitet. För parkeringstillstånd fordras ett välliknande foto och namnteckning, se bilaga till Ansökan. Vid förlängning av parkeringstillstånd beslutar kommunen om nytt foto ska lämnas in med ansökan eller då tillståndet beviljas.

Jag ansöker för första gången

Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat tillstånd med utgångsdatum: _____

Sökande

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Ort		Telefonnummer (hem)
Telefonnummer (mobil)			E-post		
Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl (Lägg fokus på att beskriva din rörelse- och gångförmåga)					
<input type="checkbox"/> Jag ansöker som förare			<input type="checkbox"/> Jag ansöker som passagerare		

Bifogade handlingar

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

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

Jag godkänner att ovanstående personuppgifter registreras och behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR).

Ort och datum

Underskrift

.....

Handläggarens noteringar

--



Staffanstorps
kommun

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Skickas till:
**Staffanstorps
kommun**
Medborgarkontoret
245 80 Staffanstorps

Läkarintyg

Stämpel från leg läkare/ instans

--

Uppgifter om den undersökte

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Uppgifterna baserade på (Kryssa i aktuella rutor)

<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:

Diagnos:

Sjukdomen/skadan uppstod, datum:

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.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark, i meter?

Utan hjälpmedel:	Med hjälpmedel:
------------------	-----------------

Ange vilket hjälpmedel:

Handikappets beräknade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån	<input type="checkbox"/> 6 mån - 1 år	<input type="checkbox"/> 1 år - 2 år	<input type="checkbox"/> 2 år - 3 år	<input type="checkbox"/> Bestående
--	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

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
-----------------------------------	---

Adress

Telefon	Postnummer	Ort
---------	------------	-----



Staffanstorps
kommun

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Skickas till:
**Staffanstorps
kommun**
Medborgarkontoret
245 80 Staffanstorp

Plats för foto

.....

Sökandens namnteckning skrivs på den streckade linjen ovan

Upplysningar

För att tillståndet skall kunna utfärdas fordras:

- ett välliknande foto i passfotoformat
- sökandes 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.