



## Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder

För sökande folkbokförda i Älmhults kommun

Tekniska förvaltningen kommer att behandla inlämnade personuppgifter manuellt och i datoriserade register. Behandlingen sker med stöd av 10 § e, personuppgiftslagen (PUL) som rör arbetsuppgifter i samband med myndighetsutövning.

Älmhults kommun  
Tekniska förvaltningen  
Box 500  
343 23 Älmhult

De uppgifter du lämnat kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning, eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning.

telefon 0476-550 00  
e-post [tekniska@almhult.se](mailto:tekniska@almhult.se)

Uppgifter som lämnas vid ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad har ett särskilt skydd enligt 7 kap 4 § sekretesslagen. Skyddet innebär att rätten för andra att få del av uppgifterna är starkt begränsad.

Nytt tillstånd       Förnyelse av tidigare P-tillstånd med serienummer .....

Sökandens namn (den rörelsehindrade)		Personnummer
Bostadsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)		Mobiltelefonnummer
Telefon dagtid	E-postadress	

### Observera att du endast ska markera ett alternativ.

- Jag söker som förare      Mitt körkort är giltigt till och med (datum) .....
- Jag söker som passagerare

Ange här varför ni anser er vara i behov av ett parkeringstillstånd

**Jag ger mitt tillstånd att gatuavdelningens handläggare och förtroendeläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.**

**Om inte redan godkänt foto finns hos gatuavdelningen, medsänds ett välliknande (nytaget) fotografi. Om kortet inte klistras fast var vänlig skriv sökandens personnummer på baksidan av fotografiet.**

	Sökandens namnteckning inom markerat område	<input type="checkbox"/> Sökanden kan ej underteckna själv
	Eventuellt ombuds namnteckning. När ombud undertecknar ska intyg som styrker behörighet bifogas.	
Namnförtydligande		

### Gatuavdelningens uppgifter

Tillstånd bifalles (datum)	Tillstånd avslås (datum)	Komplettering begärd (datum)	Beslutsnummer
Anteckningar			Handläggarens signatur



## LÄKARINTYG

Läkare bör ta del av "Information till intygsskrivande läkare" innan läkarintyg lämnas

Intyg utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25 (M) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg m m. Intyg får aldrig avse person som är närstående till intygsutfärdaren.

Parkeringsstillstånd kan ges till rörelsehindrad person som har sådana gångsvårigheter att hon eller han endast med **stor svårighet** kan förflytta sig till och från fordonet inom rimligt gångavstånd.

Parkeringsstillståndet berättigar till uppställning av fordon på reserverad plats för rörelsehindrad och på parkeringsförbud meddelat genom lokal trafikföreskrift.

### Sökande (den rörelsehindrade)

Namn	Personnummer
------	--------------

### Intygsuppgifter 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 .....

Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska.

Beskriv kortfattat om hur ni har gjort den objektiva bedömningen gällande den sökandes gångförmåga.

Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark. Kan sökanden köra fordonet själv? Ange i meter.

*Ett av alternativen nedan måste fyllas i! Med eller utan hjälpmedel.*

..... meter     utan hjälpmedel (fyll även i nästa rad) \*     med hjälpmedel, vilket hjälpmedel .....

\* Skriv förklaring till varför sökanden inte använder hjälpmedel .....

Handikappets beräknade varaktighet

< 6 månader     6 månader – 1 år     > 2 år     bestående

I det fall den sökande **ej** själv kör fordonet ange om hon/han regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet

Ja     Nej

Beskrivning av behovet av hjälp

### Läkarens namnteckning och telefonnummer och e-postadress direkt till läkaren ifall vi behöver ta kontakt!

Läkarens arbetsplats (till exempel sjukhus, vårdinrättning)	Telefon, direktnummer (även riktnummer)
Postadress	E-postadress
Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande