

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

-för dig som är folkbokförd i Växjö kommun

För att ansökan skall kunna behandlas krävs att en legitimerad läkare fyllt i sida 2. Om du tidigare haft parkeringstillstånd i **annan kommun**, var vänlig bifoga en kopia av tillståndet.

Det är viktigt att **alla uppgifter fylls i**, för att vi ska kunna fatta beslut i ärendet.

Skicka ansökan till:
Växjö kommun
Tekniska förvaltningen
Planeringsavd. Trafikenheten
Box 1222
351 12 Växjö
Tel. 0470- 410 00

<input type="checkbox"/> Jag ansöker för första gången	<input type="checkbox"/> Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat parkeringstillstånd med tillståndsnummer:
--	--

Sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Gatuadress	Postnummer	Ort
E-postadress	Telefon dagtid	

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

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

Bifogade handlingar

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

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 ANSÖKAN) samt uppgifter 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 - upplysningar till dig som läkare

Upplysningar till dig som läkare (för mer information ring Växjö kommuns kontaktcenter 0470-410 00)

- a)** För att få parkeringstillstånd ska den sökande ha ett funktionshinder som medför att han eller hon bara med betydande svårigheter kan förflytta sig till fots.
- b)** Om den sökande inte kör bil själv ska han eller hon regelbundet behöva hjälp av föraren utanför fordonet.
- c)** Om den sökande har psykiska problem, t ex torgskräck eller måste vara nära bilen om omgivningen är okänd, ska du som läkare ha specialkompetens i psykiatri. Intyget ska utförligt beskriva problemen och hur de påverkar gångförmågan.

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE

Sökande	Personnummer
---------	--------------

Besök av sökande <input type="checkbox"/>	Uppgifter lämnade av sökande <input type="checkbox"/>	Journalanteckningar <input type="checkbox"/>	Kontakt med anhörig <input type="checkbox"/>	Personlig kännedom sedan (ange årtal) <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---

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. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark meter <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel	Ange vilka hjälpmedel
Handikappets beräknade varaktighet <input type="checkbox"/> < 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år <input type="checkbox"/> 1 år – 2 år <input type="checkbox"/> > 2 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"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja beskriv behovet av hjälp:	

UNDERSKRIFT

Namnteckning, legitimerad läkare	Namnförtydligande, ev. specialkompetens
Utdelningsadress	Postnummer
Postort	Datum
	Telefonnummer (även riktnummer)

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i servicenämndens dataregister. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL).

Bilaga till
Ansökan om parkeringstillstånd
 för rörelsehindrad



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

Ifylls av kommunen

Kommunkod	Kommunens namn	Kontaktperson	Beställningsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sista giltighetsdag (år,månad,dag)	Alternativt	Löpnr (behöver ej anges)	Födelseår
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 5 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kön (M=Man K=Kvinna)		Förare / Passagerare	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P	
Förnamn		Efternamn	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Referens (tidigare tillståndsnummer)		Sökanden kan ej själv skriva sitt namn	
<input type="checkbox"/> Foto finns		<input type="checkbox"/> Ej skrivkunnig <input type="checkbox"/> Kan ej underteckna	

För att tillståndet ska kunna utfärdas fordras ett välliknande foto i passformat (högst 6 månader gammalt) och sökandes namnteckning på raden ovan.

Bilagan skickas till:

Växjö kommun
 Tekniska förvaltningen
 Planeringsavdelningen, trafikenheten
 Box 1222
 351 12 Växjö