



Skickas till
Lilla Edets kommun
Medborgarservice
463 80 Lilla Edet

Sökande

Personnamn		Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Kontaktperson	Telefonnummer	E-postadress

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Nytt tillstånd	
<input type="checkbox"/> Förnyelse av tidigare erhållet tillstånd med nr:	Giltighetsdatum:

Fordonsförare

Avser ni att själv köra fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om frågan besvaras med nej, fyll i uppgifter på fordonsförare nedan		
Fordonsförare	Anknytning till sökande	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

Behov av parkeringstillstånd

Ange ert behov av parkeringstillstånd		
Behöver ni fordonet för att ta er till och från ert arbete	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behöver ni fordonet i arbetet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har ni fått ekonomiskt bilstöd från försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har ni färdtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Till ansökan bifogas

- Ett välliknande fotografi (typ passfoto) med personnummer skrivet på baksidan
- Ett ifyllt läkarintyg från en legitimerad läkare

Resultat från 6 minuters gångtest utfärdat av legitimerad sjukgymnast bifogas endast efter särskild begäran från handläggaren och jag ger mitt tillstånd till att handläggare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Datum: _____

Underskrift

När du fyller i denna blankett kommer dina personuppgifter att registreras i Lilla Edets kommuns verksamhetssystem. Mer information om hur vi hanterar personuppgifter hittar du på lillaedet.se/personuppgifter



LILLA EDETS
KOMMUN

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Skickas till
Lilla Edets kommun
Medborgarservice
463 80 Lilla Edet

Personnamn		Personnummer	
Intygsuppgifterna baserat 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 sökande		<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	
Diagnos		Sjukdomen/skadan uppstod år	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem som sökande har med att förflytta sig. Skriv på svenska!			
Läkarens bedömning av sökandens gångförmåga på plan mark (ange i meter)		Utan ev hjälpmedel/kortare pauser	
		Med ev hjälpmedel/kortare pauser	
Kan sökanden köra fordonet själv?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej	
Är sökanden tvungen att använda			
<input type="checkbox"/> Käpp		<input type="checkbox"/> Kryckkäpp	
<input type="checkbox"/> Rullstol		<input type="checkbox"/> Rollator	
		<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel:	
I de fall sökanden ej 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, ange varför	
Rörelsehindret beräknas bestå under			
<input type="checkbox"/> mindre än 6 mån		<input type="checkbox"/> 6 mån - 1 år	
		<input type="checkbox"/> 1 år - 2 år	
		<input type="checkbox"/> mer än 2 år	

Datum	Ort	Underskrift leg läkare	Namnförtydligande
Läkarens kompetens och/eller tjänsteställning/befattning			Telefonnummer
Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel)			