



## Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder

Skickas till:  
Lilla Edets kommun  
Handläggare parkeringstillstånd rörelsehindrade  
463 80 Lilla Edet

Ny ansökan     Tidigare P-tillstånd med nummer \_\_\_\_\_ giltigt till \_\_\_\_\_

### Uppgifter om den sökande

Namn på den sökande (den rörelsehindrade)	Personnummer
Utdelningsadress	Postnr
Postort	Telefonnummer

### Markera endast ett alternativ

Jag söker som förare. Körkort giltigt till och med \_\_\_\_\_     Jag söker som passagerare

### Ange varför du anser dig vara i behov av parkeringstillstånd (kan även anges i bilaga)

Jag ger mitt tillstånd att kommunens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar. Gångtest kan begäras in vid behov.

Om inte redan godkänt foto finns hos handläggare, skicka med ett nytaget ansiktsfoto typ körkort. Klistra inte fast fotot på ansökan! Skriv personnummer på baksidan av fotot.

### Sökandes namnteckning

Sökandes namnteckning inom markerat område .....	<input type="checkbox"/> Sökande är ej skrivkunnig <input type="checkbox"/> Sökande kan ej underteckna själv
Eventuellt ombuds namnteckning	Eventuellt ombuds namnförtydligande

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](http://lillaedet.se/personuppgifter)

**OBS!** Handläggningstiden är cirka fyra veckor!

## Läkarintyg (ifylles av läkare)

Läkare bör ta del av ”Information till intygsskrivande läkare” innan läkarintyg lämnas. Intyget ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvård med mera. Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren.

Namn på den sökande (den rörelsehindrade)	Personnummer
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar <input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan: _____
Diagnos	Sjukdomen/skadan uppstod år
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska.	
Hur är den objektiva bedömningen gjord? (Till exempel till och från undersökningsrummet)	
Använder den sökande hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja. Vad? _____ <input type="checkbox"/> Nej. Varför inte? _____	Kan sökanden köra fordonet själv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Läkarens bedömning av sökandens förflyttningsförmåga med bästa hjälpmedel på plan mark Cirka _____ meter	Med bästa hjälpmedel och korta stående pauser Cirka _____ meter och _____ antal pauser
I de fall sökanden inte själv kör fordonet: kan sökanden efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Om nej, varför inte? _____	
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under <input type="checkbox"/> mindre än 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> 1-3 år <input type="checkbox"/> Mer än 3 år	
Ort och datum	
Läkarens namnunderskrift	Namnförtydligande
Läkarens kompetens/tjänsteställning/befattning	Telefon
Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel)	