

**- PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD****Ansökan gäller**

<input type="checkbox"/> Nytt tillstånd	<input type="checkbox"/> Förnyelse av tidigare erhållet tillstånd	<input type="checkbox"/> Tidigare sökt men avslag, datum
---	---	--

**Personuppgifter**

Sökandens namn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	
Gatuadress	Telefon arbete	
Postnummer och ort	Telefon bostad	
Tidigare tillstånd, nummer	Giltigt till (åååå-mm-dd)	
<input type="checkbox"/> Den sökande kör själv fordonet	Fabrikat	Registreringsnummer
<input type="checkbox"/> Annan kör fordonet	Fabrikat	Registreringsnummer
Namn	Anknytning till sökanden	Telefonnummer

**Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl**

<input type="checkbox"/> Jag använder fordonet till och från arbetet	<input type="checkbox"/> Jag har fått ekonomiskt bilstöd från försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Jag behöver fordonet i arbetet	<input type="checkbox"/> Jag har färdtjänst
Ytterligare skäl	

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

Datum	Underskrift
-------	-------------

Med min underskrift samtycker jag till att mina personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204)

**Denna ansökan ska åtföljas av läkarintyg, se nästa sida**

**Trafiknämndens noteringar**

<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag	
Tillstånd nummer	Datum
Giltighetstid	Handläggare

# LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

## Personuppgifter

Sökandens namn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)
----------------	----------------------------

## Intygsuppgifterna baseras på

<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med den sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifterna lämnade av sökande
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Personlig undersökning, datum
<input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är utförd	

## Diagnos på svenska

	Sjukdomsskadan uppstod år
--	---------------------------

## Beskrivning

Beskriv sökandes tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om besvären är konstanta, om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.

--

## Hur lång gångsträcka klarar den undersökte utan hjälp av annan person

Utan svårigheter (ungefär antal meter)	Med betydande svårighet (ungefär antal meter)
--	---

## Kan den undersökte trots sitt rörelsehinder använda kollektiva transportmedel

<input type="checkbox"/> Ja utan svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med svårighet <input type="checkbox"/> Nej
--

## Den undersökte behöver använda

<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Krycka	<input type="checkbox"/> Bock	<input type="checkbox"/> Benprotes	<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Levande stöd
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

## Rörelsehindrets beräknade varaktighet

<input type="checkbox"/> < 6 mån	<input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år	<input type="checkbox"/> 1 – 2 år	<input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående	<input type="checkbox"/> Svårbedömt
----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

## Besvaras om den undersökte själv kör fordonet

Sökanden bedöms uppfylla Vägverkets medicinska krav för körkortsinnehavare (VVFS 1996:200)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

## Besvaras om den undersökte inte själv kör fordonet

Kan den undersökte lämnas ensam medan föraren parkerar fordonet	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

## Underskrift

Ort och datum	Namn
Adress	Postadress
Legitimerad läkares underskrift	Namnförtydligande
Telefon, direktnummer	Telefon, sekreterare/mottagning

Postadress  
TRAFIKNÄMNDEN  
HOFORS KOMMUN  
813 81 Hofors

Besöksadress    Telefon    Telefax  
Granvägen 8    0290 29000    0290 29171

Bankgiro 226-1501  
Postgiro 2183-6  
Org. nr 12000-2296

Plats för foto

Bilaga – foto och namnteckning

-----  
Sökandens namnteckning

-----  
Ort och datum

### Upplysningar

För att tillståndet skall kunna utfärdas behövs:  
-ett välliknande foto i passformat (fäst i rutan ovan)  
-sökandens underskrift (ovan)

uppgifterna i denna bilaga kan komma att lämnas till korttillverkaren.

---

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	
TRAFIKNÄMNDEN HOFORS KOMMUN 813 81 Hofors	Granvägen 8	0290 29000	0290 29171	Bankgiro 226-1501 Postgiro 2183-6 Org. nr 12000-2296