



# TEKNIK OCH FRITID

SÄFFLE - ÅMÅL

Tel. 0533- 68 17 50  
www.saffle.se / www.amal.se

## Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Ifylld blankett skickas till:

Säfte kommun  
Teknik- och fritidsförvaltningen Säfte-Åmål  
661 80 SÄFFLE

Kryssa i vad ditt ärende gäller (1 kryss per rad)

<input type="checkbox"/> Jag söker för första gången	<input type="checkbox"/> Jag söker förlängning av tidigare tillstånd
--	--

Kryssa i vad ditt ärende gäller (1 kryss per rad)

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

Den sökandes fullständiga uppgifter

Efternamn	Förnamn	Födelseår
Bostadsadress	Postnummer	Ort
		Telefon dagtid

**Obligatoriskt**

Formulera med egna ord varför du behöver ett parkeringstillstånd, att hänvisa till ett läkarintyg räcker tyvärr inte.


**För att ansökan skall behandlas krävs att legitimerad läkare har fyllt i ansökans andra sida.**

**Obligatoriskt**

Jag ger mitt tillstånd till att läkare får kontaktas  
för eventuellt kompletterande uppgifter

 Ja

 Nej

Datum	Sökandens underskrift

Trafiknämndens noteringar


# Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

Information till läkare:

## Parkeringstillstånd utfärdas till

- **svårt rörelsehindrad** person med betydande gångsvårigheter, det vill säga har **stora svårigheter** att gående förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats;
- **rörelsehindrad som inte kör fordonet själv - dock endast om särskilda skäl föreligger**, till exempel att den rörelsehindrade inte ens för en kort stund kan lämnas ensam utanför fordonet vid resans början eller slut.

## Parkeringstillstånd utfärdas inte

- vid enbart svårigheter att bära
- vid enbart mag- och tarmproblem som medför akut behov av toalett
- till blind person som inte har något rörelsehinder
- vid enbart svårigheter att ta sig in i och ur fordonet

Samtliga uppgifter på denna sida skall vara ifyllda för att ansökan skall kunna behandlas

### Sökandens uppgifter:

Efternamn:	Förnamn:	Personnummer:
------------	----------	---------------

Diagnos: ..... Sjukdomen/skadan uppstod år: .....

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska)

Beskriv vari rörelsehindret består. Ange även om någon rehabilitering pågår eller är planerad

.....

.....

.....

.....

Ange hur långt den undersökte bedöms kunna förflytta sig till fots: .....

Sökandens behov gånghjälpmedel:  Regelbundet  Ibland  Inget

Typ av gånghjälpmedel:  Käpp  Kryckkäpp  Rollator  Rullstol  Levande stöd

I de fall sökanden inte själv kör fordonet, kan han/hon *efter nödvändig assistans utanför fordonet* lämnas ensam medan föraren parkerar fordonet?

Ja  Nej, på grund av att .....

Rörelsehindrets varaktighet:  < 6 mån  6 mån - 1 år  1 - 2 år  > 3 år

.....

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Läkarens underskrift \_\_\_\_\_ Läkarens namnförtydligande \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Dataskyddsförordningen (GDPR)

Dina personuppgifter kommer att behandlas för att handlägga din ansökan. Personuppgifterna kommer att bevaras med stöd av arkivlagen (1991:782) och Teknik- och fritidsnämndens dokumenthanteringsplan. Uppgifterna behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen och kompletterande integritetslagstiftning. Information om dina rättigheter finner du på kommunens hemsida [www.saffle.se](http://www.saffle.se).