



Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

* Obligatoriska fält

Personuppgifter

Personnummer
Förnamn*
Efternamn*
Gatuadress*
Postnummer*
Ort*
E-postadress*
Telefon/mobil*



Typ av ansökan

Typ av ansökan* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Jag söker för första gången	<input type="checkbox"/> Jag söker förlängning av tidigare parkeringstillstånd
Jag söker parkeringstillstånd som* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Förare	<input type="checkbox"/> Passagerare
Behöver du bilen till och från arbetet* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behöver du bilen i arbetet (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



Uppgifter om föraren

Anknytning till sökanden (Du kan endast välja ett alternativ)

Make/maka

Sammanboende

Förälder

Barn

Annan anknytning

Om annan anknytning, ange vilken

Förnamn

Efternamn

Adress

Postnummer

Ort

Telefon bostad

Mobiltelefon

E-postadress

Telefon (arbete)

Adress (arbete)

Ort (arbete)



Information om rörelsehinder

Beskriv hur din funktionsnedsättning/din sjukdom påverkar förmågan att gå*

Hur långt kan du gå på plan mark med eller utan hjälpmedel? Ange antal meter.*

Ange svårighet att gå* (Du kan endast välja ett alternativ)

Utan svårighet

Med viss svårighet

Med stor svårighet

Kan inte gå alls

Använder du något gånghjälpmedel* (Du kan endast välja ett alternativ)

Käpp

Kryckkäpp

Benprotes

Rullstol

Rollator

Levande stöd

Annat gånghjälpmedel

Inget alls

Om annat gånghjälpmedel, ange vilket



Medgivande

Tillstånd för kommunen* (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag ger mitt tillstånd till att nämndens handläggare eller anlita konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för kompletterande upplysningar, samt godkänner att personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen (1998:204).

Missbruk av tillstånd* (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag är införstådd med att om parkeringstillståndet missbrukas kan det återkallas

Läkarintyg (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag skickar in läkarintyg per post till kommunen. Se postadress i högerkolumnen.

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift