

Skickas till:
Sandvikens Kommun
Västra Gästriklands samhällsbyggnadsförvaltning
811 80 Sandviken

* Fält som måste fyllas i.

För att ansökan ska behandlas, ska legitimerad läkare fylla i läkarintyget. För parkeringstillstånd fodras ett välliknande foto samt namnteckning, se bilaga till Ansökan.

Jag kör fordonet själv

Jag kör inte själv

Förnamn*	Efternamn*
Adress*	Postnummer och Ort*
Personnummer*	Telefonnummer

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl: *

Jag ger mitt tillstånd att handläggaren vid behov får kontakta intygsgivande läkare för att få kompletterande upplysningar. Personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen. (PUL)

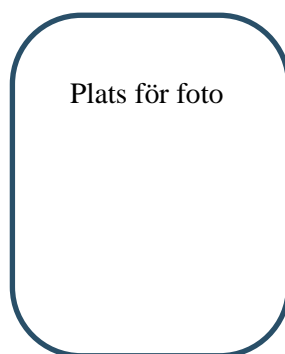
Datum	Namnunderskrift*
-------	------------------

Västra Gästriklands samhällsbyggnadsförvaltning verkar för en hållbar utveckling i Hofors, Ockelbo och Sandviken.

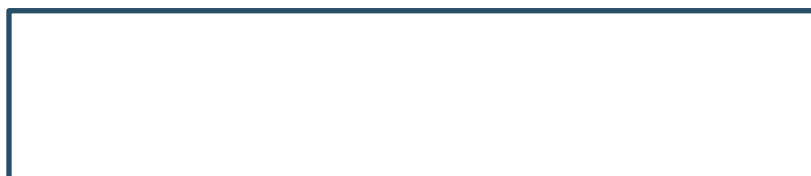


Sandvikens Kommun

Bilaga till ansökan om parkeringstillstånd



Skriv din namnteckning **helt** innanför ramen i denna ruta



Namn (text)

Personnummer.....

LÄKARINTYG TILL ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND

Uppllysning till vederbörande läkare

- Parkeringsstillstånd meddelas gravt rörelsehindrad person som anses lida av sådana utpräglade gångsvårigheter att denne svårligen kan förflytta sig till och från fordon inom rimligt gångavstånd från parkeringsplats.
- För rörelsehindrad som inte själv kör bil utfärdas parkeringsstillstånd endast om särskilda skäl föreligger. Sådana skäl kan vara att den rörelsehindrade regelmässigt behöver förarens hjälp utanför fordonet och ej kan lämnas ensam medan föraren parkerar bilen.
- Enbart svårighet att bära eller att ta sig i och ur ett fordon motiverar normalt inte ett parkeringsstillstånd.
- Parkeringsstillståndet är inte avsett för dem som har ett kortvarigt rörelsehinder.

Namn*		Personnummer*
Intygsuppgifterna baseras på: *		
<input type="checkbox"/> Besök av den sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	
<input type="checkbox"/> Telfonkontakt med den sökande	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år	
Sjukdomen uppstod år:		
Beskriv rörelsehindret eller de andra problem som den sökande har. Ange även om besvären är konstanta, om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. *		
Kan den sökande gå 100-200 meter? *		
<input type="checkbox"/> Ja, utan svårighet <input type="checkbox"/> Ja, med svårighet <input type="checkbox"/> Nej		
Den undersökte använder		
<input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Krycka <input type="checkbox"/> Bock <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Benprotes <input type="checkbox"/> Rullstol		
I fall den sökande ej själv kör fordonet ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet.		
<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Ja, beskriv vilken typ av hjälp. *		
Rörelsehindrets varaktighet*		
<input type="checkbox"/> 6 mån <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> 3år <input type="checkbox"/> Bestående		
Ort*	Datum*	Telefon
Läkarens underskrift*	Namnförtydligande*	Plats för stämpel*

* Fält som måste fyllas i.