



Tomelilla
kommun

Ansökan skickas till:

Tomelilla kommun
Gustafs torg 16
273 80 Tomelilla

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Jag ansöker för första gången Tidigare P-tillstånd med nr giltigt till den

SÖKANDE

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer	Postort
Telefon	E- postadress	

JAG SÖKER SOM

- Jag har körkort och söker som **förare**. Mitt körkort är giltigt till
- Jag söker som **passagerare** och kör aldrig själv. Jag kan inte vänta medan föraren parkerar bilen.

JAG BEHÖVER PARKERINGSTILLSTÅND AV FÖLJANDE SKÄL

UNDERTECKNANDE

Jag ger mitt tillstånd till att kommunens handläggare och eventuell konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Sökande kan inte underteckna, ombud: _____

Ort och datum

Namnteckning (sökande)

Namnförtydligande (sökande)

Målsmans underskrift (om den sökande är under 18- år)

Plats för
nytt foto
i passformat

Fotot får ej vara äldre än 5 år.



Tomelilla
kommun

Plats för stämpel.

Läkarintyg - fylls i av läkare

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTE

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Uppgifterna baseras på (kryssa i aktuella)					Ange årtal
<input type="checkbox"/>	Besök av sökande	<input type="checkbox"/>	Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/>	Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/>	Personlig kännedom sedan år:
Diagnos				Sjukdomen/skadan uppstod, datum	
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad.					

Använder den sökande hjälpmedel?

<input type="checkbox"/>	Ja. Vad?.....	<input type="checkbox"/>	Nej. Varför inte?.....
Hur är den objektiva bedömningen gjord? (Till exempel till och från undersökningsrummet)			
Handikappets beräknade varaktighet			
<input type="checkbox"/>	< 6 månader	<input type="checkbox"/>	6 mån - 1 år
<input type="checkbox"/>	> 2 år	<input type="checkbox"/>	Bestående
Kan den sökande köra fordonet själv?			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Läkarens bedömning av sökandes förflyttningsförmåga med bästa hjälpmedel på plan mark. Cirka meter		Med bästa hjälpmedel och korta stående pauser Cirka..... meter och.....antal pauser	
I de fall sökande inte själv kör fordonet: kan sökande efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej Om nej, varför inte?

UNDERSKRIFT

Namnteckning, legitimerad läkare		Namnförtydligande, ev. specialkompetens	
		Utdelningsadress	
Datum	Telefon (även riktnummer)	Postnummer	Postadress

Ovanstående uppgifter, foto och namnteckning (se ev. bilaga till ansökan) samt uppgifter om tillståndets giltighet med mera, kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Du har rätt till att ta del av uppgifter som berör dig och även begära rättelse av dessa.