

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

-för dig som är folkbokförd i Växjö kommun

För att ansökan ska kunna behandlas krävs att en legitimerad läkare fyllt i sida 2. Om du tidigare haft parkeringstillstånd i **annan kommun**, var vänlig bifoga en kopia av tillståndet.

Det är viktigt att **alla uppgifter fylls i**, för att vi ska kunna fatta beslut i ärendet.

Skicka ansökan till:

Växjö kommun
Samhällsbyggnadsförvaltningen
Miljö- och byggavdelningen
Box 1222
351 12 Växjö
Tel. 0470- 410 00

<input type="checkbox"/> Jag ansöker för första gången	<input type="checkbox"/> Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat parkeringstillstånd med tillståndsnummer:
--	--

Sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Gatuadress	Postnummer	Ort
E-postadress	Telefon dagtid	

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

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

--

Bifogade handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Kopia av tidigare parkeringstillstånd i denna eller annan kommun	Annan handling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-------------------------------------	---	--

Bygglovsenheten behandlar inlämnade personuppgifter vid hantering av parkeringstillstånd för rörelsehindrad enligt dataskyddsförordningen. Läs mer på www.vaxjo.se.

De uppgifter som lämnats kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning eller om det är nödvändigt för ärendet.

Uppgifter som lämnas vid ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad har ett särskilt skydd enligt Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) kap. 26 § 1. Skyddet innebär att rätten för andra att ta del av uppgifterna är starkt begränsad.

Du har rätt att begära information om och rättelse av de uppgifter om dig som finns registrerade hos oss. Personuppgiftsansvarig är tekniska nämnden. Dataskyddsombudet nås på dataskyddsombud@vaxjo.se.

Ort och datum

Underskrift

.....

Nämndens noteringar

--

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

- upplysningar till dig som läkare

Upplysningar till dig som läkare (för mer information ring Växjö kommuns kontaktcenter 0470-410 00)

a) För att få parkeringstillstånd ska den sökande ha ett funktionshinder som medför att han eller hon bara med betydande svårigheter kan förflytta sig till fots.

b) Om den sökande inte kör bil själv ska han eller hon regelbundet behöva hjälp av föraren utanför fordonet.

c) Om den sökande har psykiska problem, t ex torgskräck eller måste vara nära bilen om omgivningen är okänd, ska du som läkare ha specialkompetens i psykiatri. Intyget ska utförligt beskriva problemen och hur de påverkar gångförmågan.

UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE

Sökande	Personnummer
---------	--------------

Besök av sökande <input type="checkbox"/>	Uppgifter lämnade av sökande <input type="checkbox"/>	Journalanteckningar <input type="checkbox"/>	Kontakt med anhörig <input type="checkbox"/>	Personlig kännedom sedan (ange årtal) <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---

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. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

--

Hur långt kan den sökande gå på plan mark meter	<input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Med hjälpmedel	Ange vilka hjälpmedel
--	--	---	-----------------------

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

I det 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 Om ja beskriv behovet av hjälp:

UNDERSKRIFT

Namnteckning, legitimerad läkare	Namnförtydligande, ev. specialkompetens
Utdelningsadress	Postnummer
Postort	Datum
	Telefonnummer (även riktnummer)