

Ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder för sökande i Årjängs kommun

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Tidigare P-tillstånd med nr..... giltigt till	
Namn på den sökande (den rörelsehindrade)	Personnummer	Telefon dagtid
Gatuadress	Postnummer	Ort

Markera endast ett (1) alternativ

<input type="checkbox"/> Jag söker som förare. Körkort giltigt till och med.....	<input type="checkbox"/> Jag söker som passagerare
--	--

Ange varför du söker parkeringstillstånd (kan även anges i bilaga)

Skicka med ett nytaget ansiktsfoto, typ körkort.
Klistra inte fast fotot! Skriv personnummer på baksidan av fotot.

	Sökandes namnteckning inom markerat område 	<input type="checkbox"/> Sökande är ej skrivkunnig
		<input type="checkbox"/> Sökande kan ej underteckna själv
	Eventuellt ombuds namnteckning	Eventuellt ombuds namnförtydligande

Medborgarkontoret uppgifter (ifylls av myndigheten)

Tillstånd bifalles (datum)	Tillstånd avslås (datum)	Beslutsnummer	Handläggare (signatur)
Anteckningar			

Handläggningstiden är cirka fyra veckor.

De personuppgifter du lämnar till oss behöver vi för att fatta beslut om parkeringstillstånd utifrån ansökan om parkeringstillstånd för personer med rörelsehinder. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden myndighetsutövning. Det är kommunstyrelsen som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter.

Mer information om hur vi hanterar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats www.arjang.se

Läkarintyg (denna sida ifylles av läkare)

Läkare bör ta del av "Information till intygsskrivande läkare" innan läkarintyg lämnas.

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården med mera.

Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsutfärdaren.

Namn på den sökande (den rörelsehindrade)		Personnummer
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga	
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan	
Diagnos	Sjukdomen/skadan uppstod år	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska.		
Hur är den objektiva bedömningen gjord? (Till exempel till och från undersökningsrummet)		
Använder den sökande hjälpmedel?		Kan sökanden köra fordonet själv?
<input type="checkbox"/> Ja. Vad?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Nej. Varför inte?		
Läkarens bedömning av sökandens förflyttningsförmåga med bästa hjälpmedel på plan mark	Med bästa hjälpmedel och korta stående pauser	
Cirka meter	Cirka meter och antal pauser	
I de fall sökanden inte själv kör fordonet: kan sökanden efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, varför inte?		
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under		
<input type="checkbox"/> mindre än 6 månader <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år <input type="checkbox"/> 1 år – 3 år <input type="checkbox"/> mer än 3 år		
Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel)	
Läkarens underskrift		
Namnförtydligande		
Läkarens kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Telefon	