

ANSÖKAN

Parkeringsstillstånd för rörelsehindrad

Skickas till:
Tingsryds Kommun
Tekniska avdelningen
Box 88
362 22 Tingsryd

Sökande (alltid den rörelsehindrade)

| | |
|------------------|---|
| Namn | Personnummer |
| Gatuadress | E-postadress |
| Postnummer Ort | Telefonnummer, dagtid Telefonnummer kvällstid |

Välj ett av nedanstående alternativ

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Jag ansöker för första gången |
| Tidigare P-tillstånd med nr. _____ Giltigt till: _____ |

Jag behöver parkeringsstillstånd av följande skäl

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Läkarintyg som styrker ditt behov av parkeringsstillstånd ska fyllas i på sidan 2 (information till läkare finns i bilaga 2)

Välj ett av nedanstående alternativ (OBS: Tillstånd kan inte sökas både som förare och passagerare!)

| |
|-----------------------------|
| Jag ansöker som förare |
| Jag ansöker som passagerare |

Jag ger mitt tillstånd till att nämndens handläggare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande uppgifter.

Underskrift

| | |
|-------|-------------------|
| Datum | Namnteckning |
| | Namnförtydligande |

| | | | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|-----|-----------------------------|
| Tingsryds kommun | besöksadress | telefon | fax | e-post/hemsida |
| Box 88 | Torggatan 12 | 0477 441 00 (vx) | | tekniska@tingsryd.se |
| 362 22 Tingsryd | Tingsryd | | | www.tingsryd.se |

LÄKARINTYG till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Information till intygsskrivande läkare om bedömningsgrunder, se bilaga 2

Uppgifter om den undersökte (maskinskrivet eller tydligt textat)

| | |
|------|--------------|
| Namn | Personnummer |
|------|--------------|

| | | |
|--|--|---|
| Uppgifterna baserade på | | |
| <input type="checkbox"/> Besök av sökanden | <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden | <input type="checkbox"/> Journalanteckningar |
| <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden | <input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan |

| |
|---------|
| Diagnos |
|---------|

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 planera. Ange särskilt hur lång den sökande kan gå/förflytta sig på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| Den undersökte kan gå på plan mark | | | |
| <input type="checkbox"/> 500 meter | <input type="checkbox"/> 200 meter | <input type="checkbox"/> 100 meter | <input type="checkbox"/> inte alls |
| <input type="checkbox"/> utan svårigheter | <input type="checkbox"/> med viss svårighet | <input type="checkbox"/> med stor svårighet | |

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Handikappets beräknade varaktighet | | | | |
| <input type="checkbox"/> mindre än 6 månader | <input type="checkbox"/> 6 månader – 1 år | <input type="checkbox"/> 1 – 2 år | <input type="checkbox"/> 2 – 3 år | <input type="checkbox"/> bestående |

| | |
|---|------------------------------|
| I det fall sökanden inte kan köra fordonet själv ange om hon/han regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

| |
|---------------------------------|
| Beskrivning av behovet av hjälp |
|---------------------------------|

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| När sökanden själv kör fordonet | | |
| Sökanden bedöms uppfylla medicinska krav för körkortsinnehav | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Underskrift

| | |
|-------------------------|--|
| Datum | Leg läkares namnteckning |
| | Namnförtydligande, ev speciallistkompetens |
| Gatuadress | E-postadress |
| Postnummer Postadress | Telefonnummer dagtid Telefonnummer kvällstid |

Bilaga 2

Information till intygsskrivande läkare om parkeringstillstånd för rörelsehindrade
Vad är parkeringstillstånd för rörelsehindrade?

Parkeringstillstånd är ett undantag från den lokala trafikföreskriften gällande parkering. Parkeringstillståndet ger inte bara rätt att parkera på särskilda reserverade platser. Tillståndet innebär också förlängda parkeringstider och rätt att parkera där parkering är förbjuden samt vanligtvis även avgiftsbefrielse.

Dessa fördelar innebär att parkeringstillstånd för rörelsehindrade är en eftertraktad handling. För att de som ansöker om parkeringstillstånd ska behandlas jämnt över hela landet och för att säkerställa att de som verkligen är i behov av parkeringstillstånd också får det, är det viktigt att läkarintyget på ett objektivt sätt beskriver rörelsehindret och hur detta påverkar förmågan att förflytta sig.

Parkeringstillståndet är inte någon social förmån utan ett undantag som syftar till att göra samhället tillgängligt för alla.

Vem kan få parkeringstillstånd för rörelsehindrad?

En person som är gravt rörelsehindrad med utpräglade gångsvårigheter, det vill säga har svårigheter att förflytta sig till fots mellan fordonet och parkeringsplatsen på ett rimligt gångavstånd, kan beviljas parkeringstillstånd.

För rörelsehindrad som inte själv kör fordon bör parkeringstillstånd utfärdas endast om särskilda skäl finns. Sådant skäl kan vara att den rörelsehindrade regelmässigt behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet.

Utredning

Bedömning av ansökan görs av kommunens handläggare som kan ha en förtroendeläkare att tillgå.

Beslutande myndighet är den nämnd som har ansvar för trafikfrågor.

Vid ansökan om förnyelse av parkeringstillstånd utgör innehav inte automatiskt att ansökan beviljas.

Kommunens beslut om parkeringstillstånd kan överklagas hos länsstyrelsen.

Exempel på vanlig praxis

Bedömningen av rörelsehindret ska grunda sig på förmågan att förflytta sig till fots. I vissa fall är rörelsehindret följden av ett sjukdomstillstånd eller fobi som indirekt påverkar gångförmågan. I dessa fall krävs i regel intyg från läkare med specialistkompetens.

Parkeringstillstånd är giltiga i högst fem år.

Parkeringstillstånd är inte avsett för ett kortare rörelsehinder. Parkeringsproblemet får då lösas på annat sätt.

Enbart svårighet att bära utgör inte grund för parkeringstillstånd.

Blind person som inte har något rörelsehinder ges normalt inte parkeringstillstånd.

Enbart mag- och tarmproblem som medför att en person kan få akut behov av en toalett ger inte rätt till parkeringstillstånd.

Enbart svårighet att ta sig i och ur bilen utgör inte grund för parkeringstillstånd.