



**Gällivare
kommun**

Samhällsbyggnads- och Teknikförvaltningen

ANSÖKAN OM PARKERINGSTILSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRADE

Plats för foto

Förnamn och Efternamn	Personnummer:	Adress och postnr:
Telefonnummer:	e-post:	
Kör du själv motordrivna fordon:		
<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, berätta kortfattat om ditt funktionshinder och hur det påverkar din förmåga att förflytta dig på egen hand	
<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Nej	Om nej, behöver du regelbundet hjälp av föraren utanför fordonet:	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, Vad är det som gör att du behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet och i vilken omfattning behöver du		
<input type="text"/>		
Hur långt kan du i regel förflytta dig på egen hand: (Ange sträckan i meter, räknat på plan mark i normalt väglag,		
Utan hjälpmedel:	<input type="text"/> meter	Med hjälpmedel: <input type="text"/> meter
Jag använder följande:		
Käpp <input type="checkbox"/>	Rullator <input type="checkbox"/>	Rullstol <input type="checkbox"/>
		Kryckkäpp <input type="checkbox"/>
Annat	<input type="text"/>	
Namnförtydligande	Ort och Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sökandens namnteckning	Bilagor:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kopia av körkort (endast för sökande som förare)	
	<input type="checkbox"/> Läkarintyg	
Gällivare Kommuns anteckningar		
Tillståndet beviljas:		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handläggare: <input type="text"/>
Anmärkningar:		
<input type="text"/>		

Om ni har frågor är ni välkomna att kontakta Gatuingenjören på tel. 0970-818000

Samtliga fält i ansökan bör vara ifyllda. Ansökan skickas till Gällivare Kommun, Tinghusgatan 8-10, 982 81 Gällivare, och märk kuvertet med Parkeringstillstånd.

LÄKARINTYG VID ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRADE

Namnet på sökande	Personnummer	
Uppgifterna är baserade på		
<input type="checkbox"/> Läkarens egen observation	<input type="checkbox"/> Tidigare journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	
<input type="checkbox"/> Gångtest hos sjukgymnast	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan.....	
Diagnos (även på svenska om möjligt)	Sjukdom/skada uppstod år	
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 förflytta sig på egen hand (normalt förflytnings sätt avser gångförmågan till fots) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.		
Läkarens bedömning av hur sökandes förflyttar sig med och utan hjälpmedel på plan mark , ange i meter	Om sökande själv kör fordonet, uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Vilka hjälpmedel använder sökande vid förflyttningar? Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Levande stöd <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Annat.....		
Om sökande har angett att han/hon i regel behöver förarens hjälp utanför fordonet, beskriv då behovet av hjälp och dess omfattning. Klarar den sökande att vänta sittande vid målpunkten?		
Ange den tiden för då rörelsehindret och den nedsatta gångförmågan beräknas bestå		
Läkarens underskrift	Adress	
Namnförtydligande	Telefonnummer	Datum

Samtliga fält i läkarintyget ska vara ifyllda. Intyget skickas till Gällivare Kommun,
Tingshusgatan 8-10, 982 81 Gällivare, märk kuvertet med Parkeringstillstånd.