

Ansökan

Parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Stadsbyggnadskontoret

Utvecklings- och trafikavdelningen

Västra Storgatan 16

551 89 JÖNKÖPING

För att underlätta hanteringen av ditt ärende kommer vi att lagra och behandla de uppgifter du fyllt i enligt gällande dataskyddsförordning, GDPR. Den rättsliga grunden för hantering av personuppgifterna är rättslig förpliktelse med hänvisning till trafikförordningen. Dina uppgifter arkiveras och gallras tillsammans med ärendet enligt gällande lagstiftning. Vid ett eventuellt överklagande av stadsbyggnadsnämndens beslut skickas ditt ärende med tillhörande handlingar vidare till den myndighet som prövar beslutet. På Jönköpings kommuns webbplats kan du läsa mer om [hantering av personuppgifter](#). Personuppgiftsansvarig är stadsbyggnadsnämnden/diaret, 036-105000

☐ Nytt tillstånd	☐ Förnyelse av tidigare tillstånd	☐ Tidigare sökt men avslag
---	--	---

Sökande (alltid den rörelsehindrade)

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnr, Ort
Personnummer	Tfn dagtid

Markera endast ett (1) alternativ

☐ Jag söker som förare	☐ Jag söker som passagerare
---	--

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl:

[illegible]

Jag ger mitt tillstånd till att stadsbyggnadskontorets handläggare vid behov kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Stadsbyggnadsnämndens noteringar:

[illegible]

Läkarintyg

Upplysningar till läkaren:

Bedömningen av väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand ska grundas på förmågan att förflytta sig till fots med eventuella hjälpmedel. Bedömningen av en rörelsehindrad som inte själv kör motordrivet fordon och regelbundet behöver hjälp av föraren utanför fordonet ska grundas på sökandes förmåga att ensam invänta föraren vid målpunkten. I frågan om rörelsehinder som beror av psykiatrisk tillstånd ska bedömningen grundas på ett läkarintyg utfärdat av en läkare med specialkompetens i psykiatri.

Intygsuppgifterna baserade på

☐ Besök av sökande ☐ Uppgifterna lämnade av sökande ☐ Telefonkontakt med sökande	☐ Kontakt med anhörig ☐ Journalanteckning ☐ Personlig kännedom sedan år _____
---	--

Namn på sökande:	Personnummer:
Diagnos på svenska:	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har:	

Gångtest har utförts den:

Av sjukgymnast/läkare:

Hur långt kan den sökande gå på plan mark utan hjälp av annan person? ☐ Med hjälpmedel: _____ meter ☐ Utan hjälpmedel: _____ meter Går den sökande denna sträcka utan paus? ☐ Ja ☐ Nej, den sökande tar _____ stående pauser	Ange vilket hjälpmedel den sökande använder: ☐ Käpp ☐ Kryckkäpp ☐ Rullstol ☐ Rollator ☐ Annat hjälpmedel _____ Om den sökanden kör själv fordonet uppfyller sökande de medicinska kraven för innehav av körkort enligt Transportstyrelsens föreskrifter? ☐ Ja ☐ Nej
---	--

I de fall sökande ej själv kör fordonet kan hen efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? ☐ Ja ☐ Nej
Om nej, varför?

Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under

☐ <6 mån ☐ 6mån-1 år ☐ 1-2 år ☐ mer än 2 år

Namnteckning

Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (ev stämpel)
Läkarens underskrift	
Namnförtydligande	
Läkarens kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Telefonnummer

OBS! En ofullständigt ofylld blankett returneras för komplettering och medför förlängd utredningstid.