



Stadsbyggnadskontoret
Utvecklings- och trafikavdelningen
Västra Storgatan 16
551 89 Jönköping

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

Sökande (alltid den rörelsehindrade)

För information ring tfn 036-10 55 16

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnr, Ort
Personnummer	Tfn dagtid
Har ni körkort?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Avser Ni att själv köra fordonet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag behöver parkeringsstillstånd av följande skäl:	
Jag ger mitt tillstånd till att stadsbyggnadskontorets handläggare att vid behov kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.	
Datum:	Sökandes underskrift:
Stadsbyggnadsnämndens noteringar:	

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 psykiatriskt tillstånd ska bedömningen grundas på ett läkarintyg utfärdat av en läkare med specialistkompetens i psykiatri.

Intygsuppgifterna baserade på:	
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckning
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år _____
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	
Namn på sökande	Personnummer
Diagnos på svenska:	
Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har:	
Gångtest har utförts av läkare/sjukgymnast.	
Hur långt kan den sökande gå på plan mark utan hjälp av annan person? <input type="checkbox"/> Med hjälpmedel: _____ meter <input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel: _____ meter	Ange vilket hjälpmedel den sökande använder: <input type="checkbox"/> Käpp <input type="checkbox"/> Kryckkäpp <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel _____
Går den sökande denna sträcka utan paus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, den sökande tar _____ stående pauser	Kör sökanden själv fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I de fall sökanden ej själv kör fordonet kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Nej, varför?	
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under <input type="checkbox"/> < 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån-1 år <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> mer än 2 år	
Namnteckning	
Ort och datum	Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (ev stämpel)
Läkares underskrift	
Namnförtydligande	
Läkares kompetens och/eller tjänsteställning/befattning	Tfn

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