



**Gällivare
kommun**

ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRADE.

Jag ansöker om ett särskilt parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Mitt namn är		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid		

Kör du själv motordrivna fordon:

Ja: Nej: Behöver du regelbundet hjälp av föraren utanför fordonet: Ja Nej

Om ja - Vad är det som gör att du behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet och i vilken omfattning behöver du förarens hjälp:

Jag anser att ett särskilt parkeringstillstånd för rörelsehindrade ska utfärdas till mig:

(Berätta kortfattat om ditt funktionshinder och hur det påverkar din förmåga att förflytta dig på egen hand)

Om du själv kör motordrivna fordon:

Hur långt kan du i regel förflytta dig på egen hand: (Ange sträckan i meter, räknat på plan mark i normalt väglag, dagtid och utan att du bär något)

Utan hjälpmedel:..... meter

Med hjälpmedel:..... meter

Jag använder följande:

Käpp Kryckkäpp Rullator Levande stöd Rullstol Annat

Sökandens namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

*Samtliga fält i ansökan bör vara ifyllda. Ansökan skickas till Gällivare Kommun,
Tingshusgatan 8-10, 982 81 Gällivare, 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 förflyttnings 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.