



# Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade



**Sökande (alltid den rörelsehindrade)**

Personnummer	
Namn (för- och efternamn, tilltalsnamn understruket)	
Bostadsadress	Telefon dagtid
Postadress (postnummer och postort)	Mobiltelefon
Epost-adress (xx@xx.xx)	
Kontaktperson (om annan än sökanden)	Telefon dagtid

**Min ansökan avser:**

- Ny ansökan (har aldrig haft parkeringstillstånd tidigare)
- Söker förlängning av tidigare beviljat parkeringstillstånd, serienummer:....., som går ut den.....
- Ansökt tidigare men fått avslag ..... (årtal)

**Jag ansöker som:**

- Förare, giltigt körkort finns som går ut .....
- Passagerare (nedanstående kompletterande uppgifter **måste** fyllas i)

**OBS!** Endast ett alternativ kan markeras – ansökan kan bara göras som förare **ELLER** passagerare

**Jag ansöker som passagerare:**

**OBS!!!**

**Fyll bara i dessa uppgifter när du ansöker som passagerare**

- kan klara ärenden på egen hand
- behöver endast hjälp i och ur fordonet
- kan **inte** lämnas utan tillsyn när föraren parkerar bilen
- har svårigheter/problem att kommunicera med okända

**Varför är du i behov av ett parkeringstillstånd**

Ange diagnos. Försök beskriva dina gångproblem, om de blir värre vid vissa typer av väder, om de bara uppkommer under vissa perioder. (Kan även lämnas separat som bilaga)

---



---



---

## Uppgifter om gångförmåga och hjälpmedel

Tänk på att alla uppgifter som anges skall vara i samband med bilåkning samt vistelse utanför fordonet (**OBS!** gångförmåga eller hjälpmedel i hemmet är inte relevant).

### Jag använder REGELBUNDET nedanstående hjälpmedel:

- Rullstol
- Rollator  Käpp/ar, krycka/kryckor eller bock/ar
- Levande stöd  Annat hjälpmedel:.....
- Använder inget hjälpmedel

**OBS! Ange endast de hjälpmedel som används i samband med bilfärd samt vistelse utanför fordonet**

### Jag kan med betydande svårighet gå:

- Mindre än 25 m
- 25 – 100 meter
- 100 – 200 meter
- mer än 200 meter

### Gångförmågan som anges ska vara:

- med hjälp av det hjälpmedel som regelbundet används.
- från fordonet mot/till målpunkten (ej från bostad till bil).
- den gångförmåga du har minst hälften av veckans dagar.
- gångsträckan ska vara med 3-4 pauser, stående och/eller sittande.

### Beräknad varaktighet

Är besvären bestående?

- Ja  Nej (fyll i beräknad varaktighet på nästa rad)
- mindre än 6 månader  ca 1 år  ca 2 år  ca 3 år  mer än 3 år

### Intyg

Från läkare, sjukgymnast eller annan legitimerad person

- Finns  Bifogas  Kommer senare

**Vid första ansökan ska intyg alltid bifogas eller skickas in i efterhand som komplettering**

### Underskrift

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen.

Jag ger mitt tillstånd till att:

- Informationen jag lämnar får lagras och bearbetas i register av ansvarig förvaltning/nämnd.
- Samhällsbyggnadsförvaltningens handläggare och förtroendeläkare vid behov får kontakta intygsskrivande person för att få kompletterande upplysningar.

Jag intygar att:

- Lämnade uppgifter överensstämmer med verkligheten.

..... Ort Datum Sökandens underskrift

Om sökanden inte kan underteckna själv, skriv:

Kan ej underteckna/(ombud/kontaktpersons) namnteckning

Handläggarens noteringar:



**Katrineholms kommun** \

**Besöksadress:** AVA-huset, Trädgårdsgatan 1  
**Postadress:** Katrineholms Kommun, Samhällsbyggnadsförvaltningen,  
641 80 Katrineholm,  
Telefon 0150-570 00 (vardagar 8–17)  
[www.katrineholm.se](http://www.katrineholm.se)