

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Insändes i den kommun där sökande är folkbokförd

Namn (på den sökande)	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer och ort	Mobiltelefon
Nummer på tidigare utfärdat tillstånd	Giltigt till

Ansökan

Söker du som (obs! endast ett alternativ är möjligt)		
<input type="checkbox"/> Bilförare <input type="checkbox"/> Passagerare		
Jag har körkort	Jag har färdtjänst	Jag har ekonomisk bilstöd från försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag behöver parkeringstillstånd för att (om skrivutrymmet ej räcker, fortsätt gärna på separat bilaga)		

Medgivande

För att göra en bedömning av parkeringstillstånd för rörelsehindrad behöver handläggare ibland ta kontakt med och inhämta uppgifter från andra myndigheter.

Jag medger att handläggare får kontakta läkare som skriver utlåtandet samt tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag medger att handläggare får kontakta gat- och samhällsmiljönämndens förtroendeläkare samt arbetsterapeut/sjukgymnast
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

I samband med att du lämnar uppgifterna på blanketten/formuläret medger du att Uppsala kommun behandlar personuppgifterna om dig enligt personuppgiftslagen (PUL). Enligt §§ 26 och 28 i samma lag har du rätt att, på skriftlig begäran, få information om och rättelse av de uppgifter som behandlas.

Ofullständigt ifyllt blankett returneras alltid, vilket gör att handläggningstiden förlängs.

Ansökan skickas till: Uppsala kommun, stadsbyggnadsförvaltningen, 753 75 Uppsala

Underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

GSN noteringar	<input type="checkbox"/> Bifall	<input type="checkbox"/> Avslag
Tillstånd nummer	Giltighetstid	
..... Uppsala den Handläggare	

Läkarutlåtande till ansökan om parkeringstillstånd

Namn (på den sökande)	Personnummer
-----------------------	--------------

Intygsuppgifterna baseras på

Söker du som (obs! endast ett alternativ är möjligt)	
<input type="checkbox"/> Besök av den sökande	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande utan undersökning	<input type="checkbox"/> Journalhandling sedan år
Diagnos på svenska	Sjukdomen/skadan uppstod år
Beskriv rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandes möjligheter att gå (texta)	
Rörelsehindrets beräknade varighet	
<input type="checkbox"/> Mindre än 6 mån	<input type="checkbox"/> 6 mån – 1 år
<input type="checkbox"/> 1 år – 2 år	<input type="checkbox"/> Mer än 2 år
<input type="checkbox"/> Bestående	<input type="checkbox"/> Kan ej bedömas

Förare eller passagerare

Om intyget avser ansökan som förare, bedöms sökande uppfylla Transportstyrelsens medicinska krav för körkortsinnehav (TSF 2010:125)?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om intyget avser ansökan som passagerare, har sökande behov av kontinuerligt stöd/tillsyn medan förare parkerar fordonet?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv hjälpbehovet

Läkarens bedömning av gångförmågan

<input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är EJ utförd	<input type="checkbox"/> Särskild bedömning av gångsträckan är utförd den
Hur långt bedöms den sökande kunna gå på plan mark?	
Kan gå utan hjälpmedel/kortare pauser m	Kan gå med stöd av gånghjälpmedel/kortare pauser högst m
Vintertid utan hjälpmedel/kortare pauser..... m	Vintertid med stöd av hjälpmedel/kortare pauser högst..... m
Sökande är i behov av	
<input type="checkbox"/> Käpp/kryckkäpp	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Benprotes/Ortos
<input type="checkbox"/> Levande stöd	<input type="checkbox"/> Inget

Sökande har tagit del av läkarutlåtandet

I samband med att du lämnar uppgifterna på blanketten/formuläret medger du att Uppsala kommun behandlar personuppgifterna om dig enligt personuppgiftslagen (PUL). Enligt §§ 26 och 28 i samma lag har du rätt att, på skriftlig begäran, få information om och rättelse av de uppgifter som behandlas.

Ofullständigt ifyllt blankett returneras för komplettering.

För mer information besök Uppsala kommuns webbsida www.uppsala.se

Underskrift

Ort och datum	Sjukhus/vårdinrättning
Leg. Läkares underskrift	Telefon direkt nr
Namnförtydligande	Telefon sekr./mottagning