

Parkeringstillstånd för personer med funktionsnedsättning

* Obligatoriska fält

Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*
Mobil

Typ av ansökan

Typ av ansökan* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Jag ansöker för första gången	<input type="checkbox"/> Jag ansöker om förlängning av mitt tidigare parkeringstillstånd
Ansöker du som förare eller passagerare?* (Du kan endast välja ett alternativ)	
<input type="checkbox"/> Förare	<input type="checkbox"/> Passagerare

Orsak till ansökan

Beskriv hur din funktionsnedsättning påverkar förmågan att gå*

Hur långt kan du gå på plan mark med eller utan hjälpmedel? Ange antal meter.*

Ange svårighet att gå* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utan svårighet | <input type="checkbox"/> Med viss svårighet |
| <input type="checkbox"/> Med stor svårighet | <input type="checkbox"/> Kan inte gå alls |

Använder du något gånghjälpmedel?* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stavar | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Levande stöd |
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Inget alls |
| <input type="checkbox"/> Benprotes | <input type="checkbox"/> Annat gånghjälpmedel |

Om annat gånghjälpmedel, ange vilket

Läkarintyg

Hur vill du bifoga ditt läkarintyg?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Via denna e-tjänst

Via post

Läkarintyg

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Fotobilaga med namnteckning

Hur vill du bifoga fotobilaga med namnteckning?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Via den här e-tjänsten

Via post

Bifoga fotobilaga med namnteckning

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Medgivande

Medgivande* (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag ger mitt medgivande att kommunens handläggare eller anlita konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för kompletterande upplysningar.

Missbruk av tillstånd* (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag är införstådd med att om parkeringstillståndet missbrukas kan det återkallas.

Behandling av personuppgifter* (Du kan endast välja ett alternativ)

Jag är medveten om att mina uppgifter registreras och behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PuL) .

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift