



## Søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Jfr. Samferdselsdepartementets forskrift 15. mars 1994 nr 222 om parkering for forflytningshemmede, endret 31. mai 1996 og 17. november 1999.

### Søkeren

Etternavn	Fornavn	Personnummer (11 siffer)	
Adresse (vei-/gatenummer)	Postnummer	Poststed	Telefon (privat/mobil)

Det er søkerens manglende evne til å ta seg frem og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlag for søkerens rett til parkeringstillatelse. Legeerklæringen er ikke eneste grunnlaget for vurdering av om søkeren bør få utstedt parkeringstillatelse. Søker må selv gjøre rede for forhold som medfører *særlige* behov for parkeringstillatelse.

### Søknaden gjelder

Som fører av motorvogn <input type="checkbox"/> ( <i>kopi av førerkort må legges ved</i> )	Som passasjer <input type="checkbox"/>		
<i>Førere over 75 år må også legge ved gyldig legeattest for førerkortinnehaver.</i>			
Har du søkt om parkeringstillatelse tidligere?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Eventuelt utløpsdato:
Er du innvilget TT-kort?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	
Har du behov for tilsyn ved eventuell avstigning?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	(Hvis ja, beskriv nedenfor *)
Bruker du hjelpemidler, eventuelt hvilke?:	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	

### Steder og/eller situasjoner hvor du har *særlige* behov for parkeringslettelse (jf. Forskrift § 2)

Hvorfor har du *særlige* behov for parkeringslettelse? (Ingen medisinske beskrivelser, da den vil fremkomme i legeerklæringen). Beskriv gangevne, årsvariasjon, vanskelige parkeringsforhold, vanskelig terreng, osv. Bruk gjerne eget ark. \*

### Konkrete steder der du opplever vansker med å parkere på ordinære parkeringsplasser

Bosted	Adresse	Hvor ofte
Arbeid	Adresse	Hvor ofte
Lege/sykehus	Adresse	Hvor ofte (må dokumenteres)
Fysioterapeut	Adresse	Hvor ofte (må dokumenteres)
Nødvendige ærender / møtevirksomhet	Adresse	Hvor ofte
Annen aktivitet	Adresse	Hvor ofte

### Samtykke

Jeg samtykker i at Rælingen kommune kan innhente opplysninger om meg som er nødvendig for behandlingen av søknaden, i henhold til Forvaltningsloven § 17, første ledd.	Ja	Nei
--	----	-----

### Søkerens underskrift

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

### LEGG VED LEGEERKLÆRING, KOPI AV FØRERKORT OG BILDE

Tjenestekontoret for helse og omsorg, Dovrebygget, Øvre Rælingsveg 176, 2008 Fjerdingby  
Postboks 100, 2025 Fjerdingby, Telefon: 64 80 20 96

