



Tomelilla
kommun

Ansökan skickas till:

Tomelilla kommun
Gustafs torg 16
273 80 Tomelilla

**Ansökan om parkeringstillstånd
för rörelsehindrad**

<input type="checkbox"/> Jag ansöker för första gågen	<input type="checkbox"/> Jag ansöker om förlängning av tidigare parkeringstillstånd med tillståndsnr:
---	---

SÖKANDE

Förnamn	Efternamn	Personnr
Bostadsadress	Postnummer	Postort
Telefon	E- post	

JAG SÖKER SOM

<input type="checkbox"/> Förare	<input type="checkbox"/> Passagerare
---------------------------------	--------------------------------------

JAG BEHÖVER PARKERINGSTILLSTÅND AV FÖLJANDE SKÄL

Ovanstående uppgifter, foto och namnteckning (se ev. bilaga till ansökan) samt uppgifter om tillståndets giltighet med mera, kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR) samt lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Dina personuppgifter delas med personuppgiftsbiträde Seriline som tillverkar parkeringstillståndet och kan även komma att delas med tredje part, t ex parkeringsvakt. Du har rätt till att ta del av uppgifter som berör dig och även begära rättelse av dessa. Läs mer på tomelilla.se.

UNDERTECKNANDE

Ort och datum

Namnteckning (sökande)

Namnförtydligande (sökande)

Målsmans underskrift (om den sökande är under 18- år)

Kommunens noteringar

Plats för nytt
foto i
passformat



Tomelilla
kommun

Läkarintyg - fylls i av läkare

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTE

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Uppgifterna baseras på (kryssa i aktuella)			Ange årtal
<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan år:	
Diagnos		Sjukdomen/skadan uppstod, datum	
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). 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 gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem och vilka hjälpmedel som behövs.			

Hur långt kan den sökande gå på plan mark utan hjälpmedel? (meter)	Hur långt kan den sökande gå på plan mark med hjälpmedel? (meter)		
Ange vilket hjälpmedel			
Hur har bedömningsarbetet av förflyttningsförmågan gjorts? (Till exempel till och från undersökningsrummet)			
Handikappets beräknade varaktighet			
<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 mån - 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående
Kan den sökande köra fordonet själv?	I det fall den sökanden ej själv kör fordonet, ange om han/hon regelmässigt måste ha hjälp utanför fordonet.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Beskrivning av behovet av hjälp			

UNDERSKRIFT

Namnteckning, legitimerad läkare	Namnförtydligande, ev. specialkompetens		
	Utdelningsadress		
Datum	Telefon (även riktnummer)	Postnummer	Postadress

Ovanstående uppgifter, foto och namnteckning (se ev. bilaga till ansökan) samt uppgifter om tillståndets giltighet med mera, kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Du har rätt till att ta del av uppgifter som berör dig och även begära rättelse av dessa.