



**VARBERGS  
KOMMUN**

## **Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad**

### **Så här går det till**

När vi mottagit din ansökan så kommer denna att behandlas enligt gällande föreskrifter från Transportstyrelsen, TSFS 2016:19 så fort som möjligt. En normal handläggning brukar ta cirka två till fyra veckor beroende på om de bifogade handlingarna är kompletta. Läkarintyget ska vara korrekt ifyllt och ett nytaget foto och namnteckning ska bifogas din ansökan. Om vi behöver begära in kompletterande handlingar i ditt ärende kan handläggningstiden förlängas något.

Om det finns anledning att avslå din ansökan kommer du att meddelas omgående. Du har då möjlighet att överklaga beslutet.

Vid ett beviljande av parkeringstillståndet skickas detta ut till den adress där du är folkbokförd som ett rekommenderat brev.

Med vänlig hälsning  
Carina Svensson

Hamn- och gatuförvaltningen



## VARBERGS KOMMUN

# ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD

- För sökande i Varbergs kommun

För att kunna administrera din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras och behandlas i enlighet med GDPR. Personuppgiftsansvarig är hamn- och gatunämnden, tel: 0340-880 00, e-post: hgn@varberg.se.

Mer info: [varberg.se/personuppgifter](http://varberg.se/personuppgifter)

De uppgifter som lämnats kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning. Uppgifter som lämnas vid ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad har ett särskilt skydd enligt 7 kap 4 § sekretesslagen. Skyddet innebär att rätten för andra att få del av uppgifterna är starkt begränsad.

Sökande har rätt att begära information om och rättelse av de uppgifter som finns registrerade hos oss.

### Sökande

Namn		Personnummer
Bostadsadress		Postadress
Telefon bostad (även riktnummer)		Telefon mobil (även riktnummer)
Har ni körkort ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, giltigt till och med
Avser ni att själv köra fordonet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

**Ange varför ni anser er vara i behov av ett parkeringstillstånd (kan även anges i bilaga).**

Jag ger mitt tillstånd att hamn- och gatuförvaltningens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

<b>Medsänd ett välliknande (nytaget) passfoto.</b>  <b>Klistra ej fast fotot!</b>  <b>Skriv personnummer på baksidan av fotot</b>	Sökandes namnteckning inom markerat område <div style="border: 1px dashed black; width: 150px; height: 60px; margin: 5px auto;"></div>	<input type="checkbox"/> Sökande kan ej underteckna själv  <input type="checkbox"/> Sökande är ej skrivkunnig
	Eventuellt ombuds namnteckning  När ombud undertecknar ska intyg som styrker behörighet bifogas.	Namnförtydligande

**OBS! Handläggningstiden är cirka fyra veckor.**

### Hamn- och gatuförvaltningens noteringar

<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag	Anteckningar
Tillståndsnr	Datum
Giltighetstid	Handläggare


**VARBERGS  
KOMMUN**
**LÄKARINTYG**

- Läkare bör ta del av "Information till  
intygsskrivande läkare" innan läkarintyg lämnas

Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1981:25 (M) för hälso- och sjukvårdspersonalen om avfattande av intyg mm. Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intyg utfärdaren.

**Sökande (den rörelsehindrade)**

Namn	Personnummer
------	--------------

**Intygsuppgifterna baserade på**

Kryssa i aktuella rutor	
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan
Ange årtal	
Beskriv rörelsehindrets karaktär inklusive samtliga funktionshinders påverkan på förmågan att förflytta sig på egen hand med eventuella hjälpmedel. Skriv på svenska.	Sjukdomen/skadan uppstod, år
Beskriv kortfattat om hur ni har gjort den objektiva bedömningen gällande förmågan att förflytta sig på egen hand med eventuella hjälpmedel.	
Läkarens bedömning av sökandens förmåga att förflytta sig på plan mark. I meter. Utan hjälpmedel      Med hjälpmedel      Antal pauser, sittande/stående	Kan sökanden köra fordonet själv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är den sökande tvungen att använda	
<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Kryckkäpp
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel	
I de fall sökanden ej själv kör fordonet, kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej      Om nej, varför?	
Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under	
<input type="checkbox"/> mindre än 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år
<input type="checkbox"/> 1 år – 3 år	<input type="checkbox"/> mer än 3 år

**Läkarens namnteckning**

Läkarens arbetsplats (till exempel sjukhus, vårdinrättning)	Telefon direktnummer (även riktnummer)
Adress	Postadress
Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande