

**KALIX KOMMUN**

Allmänna upplysningar

Parkeringstillstånd för rörelsehindrade

Tanken med tillståndet är att du som har mycket svårt att gå ska kunna parkera lättare och närmare ditt färdmål. **Om du inte kör själv** får du bara tillstånd om du regelbundet behöver hjälp av föraren utanför bilen. Parkeringstillståndet är personligt och får bara användas när du själv kör bilen eller följer med som passagerare.

Tillståndet gäller på parkeringsplatser som är reserverade för rörelsehindrade och på gator som är skyltade med parkeringsförbud.

Tillståndet gäller *inte* på privat mark eller i garage om inte ägaren medgivit det. Det gäller inte heller där det är förbjudet att stanna eller i zoner för ett visst ändamål, t ex lastzon, taxizon och vändzon.

Du ansöker i kommunen där du är **folkbokförd**.

Vi anlitar vid behov en konsultläkare för bedömning av ditt läkarintyg.

Du får mer information om regler och giltighet tillsammans med det beviljade tillståndet.

Du som kör en rörelsehindrad person får **utan tillstånd** stanna där det är skyltat med **stopp- eller parkeringsförbud** för att hjälpa till med av- eller påstigning och ge hjälp utanför bilen. Du som förare måste vara uppmärksam så att din bil inte hindrar andra eller orsakar trafikfara.

Vill du veta mer?

Vänd dig till Samhällsbyggnadsförvaltningen, telefon växel 0923-65 000 eller besök vår webbplats www.kalix.se/trafik

OBS! FYLL I SAMTLIG INFORMATION I ANSÖKNINGSHANDLINGAR OCH SKICKA SAMTIDIGT IN LÄKARINTYG FÖR ATT UNDVIKA BEGÄRAN OM KOMPLETTERING OCH DÄRIGENOM FÖRLÄNGDA HANDLÄGGNINGSTIDER

POSTADRESS	BESÖKSADRESS	TELEFON	FAX	E-MAIL	BANKGIRO	POSTGIRO
952 81 Kalix	Nygatan 4	Växel 0923-650 00	0923-150 92	kommun@kalix.se	755-1328	6 02 50-8

**KALIX KOMMUN**

Skicka denna ansökan till:
 Kalix kommun, Samhällsbyggnadsförvaltningen, 952 81 KALIX
 Tel: 0923-65 000 vxl

Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

För dig som är folkbokförd inom Kalix kommun

- Jag ansöker för första gången Jag ansöker om förlängning av tidigare parkeringstillstånd

För att ansökan skall kunna behandlas krävs att en legitimerad läkare fyllt i bifogat läkarintyg. Om du tidigare haft parkeringstillstånd i **annan kommun**, var vänlig bifoga en **kopia** av tillståndet.

1. **Sökande (alltid den rörelsehindrade)** Punkterna 1 och 2 kommer att databehandlas.

Förnamn (tilltalsnamn)		Efternamn	Personnummer
Bostadsadress			Postnummer och postort
Telefon	E-post		

2. Var vänlig och kryssa i endast **ett** alternativ.

- Jag söker som förare** (Ges tillstånd om läkare styrkt begränsad gångförmåga, enligt praxis som varaktigt understiger 100 meter)
- Jag söker som passagerare** (Ges endast tillstånd om läkare styrker begränsad gångförmåga samt att sökande **ej** kan lämnas ensam vid målpunkten medan föraren parkerar fordonet på närmast lämpliga plats.)

Fortsätt på nästa sida ->



KALIX KOMMUN

Jag ger mitt tillstånd till att tekniska förvaltningens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygsskrivande läkare för att få kompletterande upplysningar.

Plats för foto

Ort och datum

Underskrift

A large empty rectangular box intended for a photograph.

Kommunens beslut

Bifall

Avslag

Motiv

Kalix den

handläggarens underskrift



KALIX KOMMUN

Läkarintyg till ansökan om parkeringstillstånd

* Samtlig information skall ifyllas

Upplysningar till dig som läkare (för mer information kontakta Samhällsbyggnadsförvaltningen)

<p>a) För att få parkeringstillstånd ska den sökande ha ett funktionshinder som medför att han eller hon bara med betydande svårighet kan förflytta sig till fots.</p>	<p>b) Om den sökande inte kör bil själv ska han eller hon regelbundet behöva hjälp av föraren utanför fordonet.</p>	<p>c) Om den sökande har psykiska problem, t ex torgskräck eller måste vara nära bilen om omgivningen är okänd, ska du som läkare ha specialkompetens i psykiatri. Intyget ska utförligt beskriva problemen och hur de påverkar gångförmågan.</p>
---	--	--

1. Uppgifter om den undersökte (textas)

Namn	Personnummer
Diagnos	

2. Beskriv utförligt (med svenska begrepp) rörelsehindrets karaktär och omfattning med hänsyn till den sökandes möjligheter att gå: (textas)

3. Hur många meter bedömer du att den sökande kan gå på plan mark?

Utan gånghjälpmedel:	Med gånghjälpmedel(ange vilket):
----------------------	----------------------------------



KALIX KOMMUN

4. Om den sökande kör själv, bedömer du att Vägverkets krav för körkortsinnehav har uppfyllts

Ja Nej

5. Om sökanden inte kör själv. Kan han/hon *efter nödvändig assistans utanför fordonet* lämnas ensam vid målpunkten medan föraren parkerar på närmast lämpliga plats?

Ja Nej

Om nej, beskriv varför.

Handikappets beräknade varaktighet

< 6 mån 6 mån–1 år 1 år–2 år 2 år–3 år bestående

Ort och datum

Underskrift av leg läkare

Namnförtydligande

Adress

Telefon

E-post
