

**Ansökan skickas till:**Tomelilla kommun  
Gustafs torg 16  
273 80 Tomelilla**Ansökan om parkeringstillstånd  
för rörelsehindrad**

Jag ansöker för första gången

Jag ansöker om förlängning av tidigare  
parkeringstillstånd med tillståndsnr:**SÖKANDE**

Förnamn	Efternamn	Personnr
Bostadsadress	Postnummer	Postort
Telefon	E- post	

**JAG SÖKER SOM**

Förare

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 [www.tomelilla.se](http://www.tomelilla.se)

Plats för nytt  
foto i  
passformat

**UNDERTECKNANDE**

---

Ort och datum

---

Namnteckning (sökande)

---

  
Namnförtydligande (sökande)

---

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

Kommunens noteringar



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)		
<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.