

Falköping kommun
Kommunledningsförvaltningen
521 81 Falköping

Ansökan insänds till den kommun där den sökande är folkbokförd.
För att ansökan ska behandlas bör legitimerad läkare fyllt i läkarintyget på sidan 2.
För parkeringstillståndet fordras ett välliknande foto och namnteckning, se bilaga till ansökan.

Sökande

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Telefon dagtid	E-post	

Söker du som: Förare PassagerareBehöver du regelbundet hjälp av föraren utanför fordonet? Ja Nej

Om ja, vad gör att du behöver förarens hjälp vid vistelse utanför fordonet? I vilken omfattning behöver du förarens hjälp?

Jag anser att ett särskilt parkeringstillstånd för rörelsehindrade ska utfärdas till mig:
(Berätta kortfattat om ditt funktionshinder och hur det påverkar din förmåga att förflytta dig på egen hand)
Om du själv kör motordrivet fordon:

Hur långt kan du i regel förflytta dig på egen hand?
Ange sträckan i meter, räknat på plan mark i normalt väglag, dagtid och utan att du bär något.

Utan hjälpmedel:..... meter

Med hjälpmedel:..... meter

Jag använder följande:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Kryckkäpp | <input type="checkbox"/> Levande stöd |
| <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Annat..... |

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

Sökandens namnteckning	Ort
Namnförtydligande	Datum

Samtliga fält i ansökan bör vara i fyllda.