



# Information om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

## Parkeringsstillstånd för rörelsehindrad

För att beviljas parkeringsstillstånd för rörelsehindrad krävs att du har en varaktig funktionsnedsättning. Detta tillstånd kan beviljas personer som själva kör motordrivna fordon eller personer som färdas som passagerare.

Ansökan om parkeringsstillstånd ska göras hos den kommun där du är folkbokförd eller där du som EU-medborgare vistas.

## Parkeringsstillstånd som förare

Tillstånd beviljas endast om du har väsentliga svårigheter att förflytta dig på egen hand. En samlad bedömning görs och grundas på samtliga funktionsnedsättnings påverkan på din förmåga att förflytta dig med eventuella hjälpmedel.

## Parkeringsstillstånd som passagerare

Tillstånd beviljas endast om du har väsentliga svårigheter att förflytta dig på egen hand med eventuella hjälpmedel och inte ensam klarar av att invänta föraren vid målpunkten.

## Ställföreträdare

Om du har en ställföreträdare ska registerutdrag från överförmyndarnämnden bifogas ansökan.

# Läkarintyg

Ett läkarintyg ska bifogas ansökan. Intyget ska inte vara äldre än tre månader. Ett gångtest utfört av fysioterapeut kan behövas för bedömning av din rätt till parkeringstillstånd för rörelsehindrad.

# Nytt tillstånd

Ansökan om nytt tillstånd ska inkomma senast 30 dagar innan befintligt tillstånd upphör.

Beslut om parkeringstillstånd för rörelsehindrad grundas i Trafikförordningen (1998:1276) och i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om parkeringstillstånd för rörelsehindrade (TSFS 2009:73). Dessa regler grundar sig på Europeiska unionens råds rekommendation (98/376/EG) om parkeringstillstånd för personer med funktionshinder.

# Ansökan

Ansök via [www.linkoping.se/resor](http://www.linkoping.se/resor) eller skicka ansökan till [kontakt@linkoping.se](mailto:kontakt@linkoping.se) alternativt till: Linköpings kommun Särskild kollektivtrafik 581 81 Linköping

Frågor besvaras av: Kontakt Linköping, Besöksadress: Östgötagatan 5 (Huvudbiblioteket), telefon: 013-20 60 00





För att en ansökan ska handläggas är det viktigt att den är komplett ifylld även om ett läkarintyg bifogas. Ej komplett ansökan skickas åter till sökanden/företrädaren.

### Personuppgifter

Efternamn, förnamn		Personnummer
Bostadsadress		Telefonnummer bostad
Postnummer	Ort	Telefonnummer mobil
E-postadress		

### Behov av tolk

<input type="checkbox"/> Ja, vad:
<input type="checkbox"/> Nej

### Ställföreträdare (förordnande/fullmakt, som inte är äldre än tre månader, ska bifogas ansökan)

Ja     Nej    Om ja, fyll i informationen nedan

Typ av ställföreträdare:		
Efternamn, förnamn		
Utdelningsadress		Telefonnummer bostad
Postnummer	Ort	Telefonnummer mobil
E-postadress		
Vem ska kontaktas vid eventuellt utredningssamtal?	<input type="checkbox"/> Företrädaren	<input type="checkbox"/> Sökanden
Beslutet ska skickas till:	<input type="checkbox"/> Båda	<input type="checkbox"/> Företrädaren <input type="checkbox"/> Sökanden

### Personligt ombud/Anhörig (vid personligt ombud skall fullmakt/förordnande bifogas)

Ja     Nej    Om ja, fyll i informationen nedan

Relation till sökande:		
Efternamn, förnamn		
Utdelningsadress		Telefonnummer bostad
Postnummer	Ort	Telefonnummer mobil
E-postadress		
Vem ska kontaktas vid eventuellt utredningssamtal?	<input type="checkbox"/> Personligt ombud/Anhörig	<input type="checkbox"/> Sökanden
Beslutet ska skickas till:	<input type="checkbox"/> Båda	<input type="checkbox"/> Personligt ombud/Anhörig <input type="checkbox"/> Sökanden



### Ansökan avser

Nyansökan.

Nytt tillstånd. Tillståndet går ut \_\_\_\_\_

Förare

Passagerare

### Funktionsbeskrivning

Beskriv utförligt din funktionsnedsättning:

Hur långt kan du ungefär förflytta dig?

Utan förflyttningshjälpmedel: \_\_\_\_\_ meter.

Med förflyttningshjälpmedel: \_\_\_\_\_ meter. Vilket? \_\_\_\_\_

Din sammantagna förflyttningssträcka med förflyttningshjälpmedel inklusive eventuell paus: \_\_\_\_\_ meter.

Är du rullstolsburen?  Ja  Nej

### Behov av parkeringstillstånd för rörelsehindrad som *förare*

Beskriv ditt behov av parkeringstillstånd för rörelsehindrad:

### Behov av parkeringstillstånd för rörelsehindrad som *passagerare*

Beskriv varför du inte kan lämnas ensam medan föraren parkerar bilen:

## Medgivande

Jag medger att handläggare för Särskild kollektivtrafik får kontakta följande instanser för förtydliganden om bifogade eller tidigare inskickade intyg:

- hälso- och sjukvård  Ja  Nej  
- tjänsteman hos offentlig myndighet  Ja  Nej

Om du svarar nej på någon punkt ovan är du själv ansvarig att ta fram dessa uppgifter om handläggare från Särskild kollektivtrafik efterfrågar dem.

## Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga

Ort och datum

Underskrift

Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter (Allmän dataskyddsförordning EU 2016/679 (GDPR))

Personuppgifter som lämnas ovan behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ärendet.

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden. Nämnden är skyldig att omgående rätta felaktiga eller missvisande uppgifter. Se mer info på [www.linkoping.se/gdpr](http://www.linkoping.se/gdpr) hur du gör din begäran om registerutdrag eller begäran om rättning av uppgifter. För frågor kontakta Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen enligt följande: E-post: [samhallsbyggnadsnamndensbrevlada@linkoping.se](mailto:samhallsbyggnadsnamndensbrevlada@linkoping.se) Telefon: 013 - 20 60 00



**Linköpings  
kommun**

Särskild kollektivtrafik

## **BILAGA**

### **PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD**

Sökandes namn: \_\_\_\_\_

Sökandes personnummer: \_\_\_\_\_

På ett EU-anpassat parkeringstillstånd ska innehavarens fotografi och namnteckning finnas.

Fotografi och namnteckning behöver inte bifogas med ansökan utan kan kompletteras senare då beslut tagits.

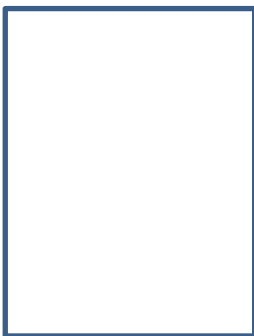
Fotografiet ska vara i färg.

Skriv ditt personnummer på baksidan av fotografiet och fäst det i rutan nedan.

Fotografiet bör vara högst sex månader gammalt.

Skriv din namnteckning på linjen i rutan nedan vid ” Namnteckning, sökande”.

Rutan lämnas tom om du inte kan skriva din namnteckning.



Plats för färgfotografi



Namnteckning, sökande



Intyget är ett komplement till ansökan

### Läkarintyget är viktigt för vår bedömning

Bedömning av rätten till parkeringstillstånd för rörelsehindrad görs av handläggare i Linköpings kommun. För att handläggaren ska kunna göra en så riktig bedömning som möjligt behövs ett medicinskt utlåtande.

### Uppgifter om patienten

Efternamn, förnamn	Personnummer
--------------------	--------------

### Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning:

Hur långt bedöms den sökande kunna förflytta sig?  
Utan förflyttningshjälpmedel: \_\_\_\_\_ meter.  
Med förflyttningshjälpmedel: \_\_\_\_\_ meter. Vilket? \_\_\_\_\_  
Den sökandes totala förflyttningssträcka inklusive eventuell paus bedöms vara \_\_\_\_\_ meter.  
Hur har bedömningen av sökandes förflyttningsförmåga gjorts?  
  
Beskriv hur funktionsnedsättningen påverkar sökandes förflyttningsförmåga:

### Ansökan om tillstånd som förare

Uppfyller sökande kraven för körkort?

Ja       Nej

Om nej, varför inte:

### Ansökan om tillstånd som passagerare

Kan sökande lämnas ensam medan föraren parkerar bilen?

Ja       Nej

Om nej, varför inte:

## Övriga upplysningar

--

## Bedömning av funktionsnedsättningens varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än sex månader	<input type="checkbox"/> Annan bedömning, ange tid _____	<input type="checkbox"/> Varaktig/tillsvidare
--	--	---

## Bedömningen baseras på

<input type="checkbox"/> Kännedom om den sökande sedan: _____	<input type="checkbox"/> Senast undersökningstillfället: _____
<input type="checkbox"/> Uppgifter från ställföreträdare, datum: _____	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar sedan: _____
<input type="checkbox"/> Uppgifter från sökande utan undersökning, datum: _____	<input type="checkbox"/> Annat. Vad och datum: _____

## Underskrift av sökanden

Sökande måste skriva under intyget för att det skall kunna användas vid handläggning och har då samtyckt till innehållet.

Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

## Utlåtandet utfärdat av

Namn	Titel	
Tjänsteställe		
Adress	Postadress	
Telefonnummer		

## Namnteckning av intygsskrivande läkare

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Information om behandling av personuppgifter (Allmän dataskyddsförordning EU 2016/679 (GDPR))

Personuppgifter som lämnas ovan behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden för administration och andra åtgärder som behövs för att handlägga ärendet.

Du har rätt att få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden. Nämnden är skyldig att omgående rätta felaktiga eller missvisande uppgifter. Se mer info på [www.linkoping.se/gdpr](http://www.linkoping.se/gdpr) hur du gör din begäran om registerutdrag eller begäran om rättning av uppgifter. För frågor kontakta Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen enligt följande: E-post: [samhallsbyggnadsnamndensbrevlada@linkoping.se](mailto:samhallsbyggnadsnamndensbrevlada@linkoping.se) Telefon: 013 - 20 60 00

## Komplett ifyllt läkarintyg skickas till:

Särskild kollektivtrafik  
581 81 Linköping