

Søknad om parkeringsløyve for forflytningshemma



Opplysningar om søkjar		
Etternamn:	Førenamn:	Fødselsnr.: (11 siffer):
Kjøn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>	Telefon privat:	Mobil:
Adresse:	Postnummer og -stad:	

Søknaden gjeld	
<input type="checkbox"/> Som førar av motorvogn (<i>kopi av førarkort må leggjast ved</i>)	<input type="checkbox"/> Som passasjer
Førarar over 75 år må sørgje for å leggje ved kopi av gyldig førarkort som er fornya av Statens Vegvesen etter framlegg av helseattest.	
Har du parkeringsløyve frå før? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Viss ja, oppgi utløpsdato (<i>gyldig til</i>):
Har ditt kjøretøy rullestolheis eller skinner? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Viss ja, legg ved dokumentasjon (<i>f.eks. frå ombyggjar/leverandør av bil, bilete kor også registreringsnummer framgår</i>)	
Er du tildelt TT-kort? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Gir du Vindafjord kommune løyve til å innhenta ytterlegare opplysningar frå lege/behandlar vedkommande din søknad? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Konkrete stader der du opplev vanskar med å parkere på ordinære parkeringsplassar:		Gonger pr. år/mnd/veke:
Bustad/Arbeid:	Adresse:	Kor ofte:
Lege:	Adresse:	Kor ofte:
Sjukehus:	Adresse:	Kor ofte:
Fysioterapeut/Trening/Anna behandling:	Adresse:	Kor ofte:
Nødvendige ærend eller møteverksemd:	Adresse:	Kor ofte:
Anna aktivitet:	Adresse:	Kor ofte:
Kvifor har du et særleg behov for parkeringsløyve på desse stadene?		
Beskriv kva det er som gjer at du ikkje kan nytte deg av dei ordinære plassane? Skriv kort om kvar stad (<i>ingen medisinsk forklaring - den kjem fram i legeerklæringa</i>). Bruk gjerne eige ark:		

Søkjaren si underskrift	
Underskrift:	Stad, dato:
Utfylt skjema skal sendast: Vindafjord kommune - Rådhusplassen 1 - 5580 Ølen	

Hugs! Legg ved bilete og legeerklæring (eige skjema)

Legeerklæring - vedlegg til søknad om parkeringstillating for forflytningshemma



Opplysningar om pasienten		
Etternamn:	Førenamn:	Fødselsnr.: (11 siffer):
Adresse:	Postnummer og -stad:	Adresse:

Dersom pasienten er førar av bil må legen ha vurdert om pasienten fortsatt bør ha førarkort (jf. Helsedirektoratets forskrift av 13. juli 1984). Er dette vurdert: Ja Nei

Det er pasienten si manglande evne til å ta seg fram og tilbake til parkeringsplass som er det medisinske grunnlaget for pasienten sin rett til parkeringsløyve. Legeerklæringa er ikkje einaste grunnlaget for vurdering av om pasienten bør få utstedt parkeringsløyve. Søkjar må sjølv greie ut om forhold som medfører særleg behov for parkeringsløyve.

Bakgrunn for søknad om parkeringsløyve for forflytningshemma	
Årsak til forflytningshemminga (Vi ber deg om å forklare eventuelle faguttrykk på norsk):	
Brukar pasienten nokre av følgjande hjelpemiddel? Anna:	<input type="checkbox"/> Rullestol <input type="checkbox"/> Dagleg <input type="checkbox"/> Kvar veke <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Rullator <input type="checkbox"/> Dagleg <input type="checkbox"/> Kvar veke <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Krykker <input type="checkbox"/> Dagleg <input type="checkbox"/> Kvar veke <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Stokk <input type="checkbox"/> Dagleg <input type="checkbox"/> Kvar veke <input type="checkbox"/> Av og til
Pasienten sin gangdistanse utan hjelpemiddel på ein vanleg dag: _____ meter	Pasienten sin gangdistanse med hjelpemiddel på ein vanleg dag: _____ meter
I kva grad vil den generelle tilstand bli forverra ved stadig å gå denne distansen?	
Treng pasienten: Følgje/støtte? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Konstant tilsyn? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Viss ja, beskriv kvifor?	(Må fyllast ut dersom pasienten ikkje kjører bil sjølv)
Kva er det som gjer at pasienten ikkje kan nytte ordinære parkeringsplassar?	
Prognose mtp. pasienten si forflytningshemming:	
Oppgi eventuelle andre forhold som kan ha betydning for søknaden. (For eksempel om forskjell i gangdistanse ved ulike årstider, om pasienten har stor variasjon i gangevne på «gode» og «dårlege» dagar, om pasienten ofte er til kontroll/behandling).	

Legen si underskrift	
Stad, dato:	Legen sitt stempel (namn, adresse og telefonnummer):
Legen si underskrift:	
Utfylt skjema skal sendast: Vindafjord kommune - Rådhusplassen 1 - 5580 Ølen	