

Villkor för utfärdande av tillstånd

- Parkeringstillstånd för rörelsehindrad kan beviljas till den som har betydande svårigheter att förflytta sig till och från ett fordon inom rimligt avstånd från en parkeringsplats.
- För en rörelsehindrad person, som är passagerare, utfärdas endast tillstånd om passageraren är beroende av förarens kontinuerliga hjälp utanför fordonet.
- I normalfallet anses föraren av ett fordon kunna lämna av en rörelsehindrad passagerare och därefter parkera bilen enligt normal trafikföreskrift.
- En person som har psykiska problem, t.ex. fobier, beviljas tillstånd endast om de psykiska problemen begränsar förflyttningförmågan. I dessa fall krävs läkarintyg från läkare med specialistkompetens i psykiatri.
- Även i vissa andra fall kan specialistutlåtande eller gångtest krävas.
- Beviljat tillstånd kommer att skickas som rekommenderat brev, adresserat till sökanden.

Exempel på när parkeringstillstånd inte beviljas

I detta sammanhang avser rörelsehinder alltid förflyttningförmågan.

- Rörelsehinder av kortvarigt slag.
- En blind person som inte har något rörelsehinder.
- Svårigheter att ta sig i och ur ett fordon.
- Svårigheter att bära.
- Mag- och tarmproblem t.ex. tarminfektion eller inkontinens, då en person akut kan behöva uppsöka toalett.

Ansökan, beslut och överklagande

- Ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad skickas till Samhällsbyggnad Bergslagen. Tekniska förvaltningen ansvarar för tillståndsgivning för personer som är folkbokförda i Hällefors, Lindesberg, Ljusnarsberg eller Nora.
- Beslutande myndighet är tekniska nämnden som fattar beslut enligt överlåtande av uppdraget
- Bedömningen av ansökan görs av handläggare.
- Ett parkeringstillstånd utfärdas för högst fem år och förnyas inte automatiskt. Sökanden måste inkomma med ny ansökan och prövningen sker då utan hänsyn till tidigare prövning.
- Tekniska förvaltningens beslut kan överklagas till Länsstyrelsen.

OBS! Handläggningstiden är cirka sex veckor och börjar räknas först efter att ansökan med fullständiga uppgifter och eventuella kompletteringar inkommit till oss.

* Vänligen notera din e-postadress, alternativt ditt mobiltelefonnummer. Detta krävs för att vi ska kunna skicka tillståndet som rekommenderat brev. Det kan även uppstå frågor kring ansökan under handläggningstiden.

** Använd helst Samhällsbyggnad Bergslagens blankett för läkarintyg eftersom den är utformad för att ligga till grund för ansökan om parkeringstillstånd. I annat fall kan ansökan behöva kompletteras innan handläggning.

Samhällsbyggnad Bergslagen kommer att behandla inlämnade personuppgifter manuellt och i datoriserade register. Behandling sker med stöd av GDPR som rör arbetsuppgifter i samband med myndighetsutövning. De uppgifter du lämnat kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning, eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning. Uppgifter som lämnas vid ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrade har ett särskilt skydd enligt 7 kap 4§ Offentlighets- och sekretesslagen. Skyddet innebär att rätten för andra att få del av uppgifterna är starkt begränsad. Du har rätt att begära information om och rättelse av de uppgifter om dig som finns registrerade hos oss.

Samhällsbyggnad Bergslagen
Box 144
713 23 Nora

| | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Namn på den sökande (den rörelsehindrade) | | | Personnummer | |
| Utdelningsadress | | | Postnummer | Ort |
| Telefon bostad | Telefon mobil | Telefon arbetet | E-post | |
| Markera endast ett alternativ | | | | Kommun |
| Jag söker som förare | <input type="checkbox"/> | Jag söker som passagerare | <input type="checkbox"/> | Körkort giltigt t.o.m |

Ange varför ni anser er vara i behov av ett parkeringstillstånd (kan även anges i bilaga)

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

| | | |
|----------------------|--|---|
| Plats för foto | Sökandes namnteckning inom markerat område | <input type="checkbox"/> Sökande är ej skrivkunnig |
| | | <input type="checkbox"/> Sökande kan ej underteckna själv |
| | Eventuellt ombuds namnteckning (När ombud undertecknar skall intyg som styrker behörighet bifogas) | |
| Namnförtydligande | | |

Samhällsbyggnads uppgifter (ifylles av tekniska nämnden)

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| Tillstånd bifalles (datum) | Tillstånd avslås (datum) | Komplettering begärd (datum) | Beslutsnummer |
| Anteckningar | | | Handläggare (signatur) |

Läkare bör ta del av "Information till intygsskrivande läkare" innan läkarintyg lämnas. Denna sida ifylles av läkare. Intyg ska utfärdas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utförande av intyg inom hälso- och sjukvården med mera. Intyg får aldrig avse en person som är närstående till intygsgivaren.

| | | |
|---|---|---|
| Namn på den sökande (den rörelsehindrande) | | Personnummer |
| <input type="checkbox"/> Besök av sökanden | <input type="checkbox"/> Journalanteckningar | |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter lämnande av sökanden | <input type="checkbox"/> Kontakt med anhöriga | |
| <input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden | <input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan _____ | |
| Diagnos | Sjukdomen/skadan uppstod år | |
| Beskriv rörelsehindret eller andra problem att förflytta sig som den sökande har. Skriv på svenska! | | |
| I det fall den sökande själv kör, bedömer du att Transportstyrelsens krav för körkortsinnehav har uppfyllts? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | |
| Läkarens bedömning av sökandens rörelseförmåga på plan mark. Utan hjälpmedel och <i>utan</i> pauser. Meter | Med bästa hjälpmedel och korta pauser Meter | Kan sökanden köra fordonet själv? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Använder den sökande hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad? _____ Om nej, varför inte? _____ | | |
| I de fall sökanden inte själv kör fordonet, kan han/hon efter nödvändig assistans utanför fordonet lämnas ensam medan föraren parkerar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, varför inte? _____ | | |
| Rörelsehindret beräknas bestå i sin nuvarande svårighetsgrad under <input type="checkbox"/> mindre än 6 mån <input type="checkbox"/> 6 mån–1 år <input type="checkbox"/> 1 år–3 år <input type="checkbox"/> mer än 3 år | | |
| Ort och datum | Tjänsteställe/mottagningslokal och fullständig adress (eventuell stämpel) | |
| Läkarens underskrift | | |
| Namnförtydligande | | |
| Läkarens kompetens och/eller tjänsteställning/befattning | Telefonnummer | |