# Søknad om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

**Søknad sendes til:**  Jf .Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemmede

Lierne kommune,

Oppvekst og velferd, Stortangveien 20, 7882 Nordli

**Telefon:** 469 28 588

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Søkeren** | | | | | |
| Etternavn: | | Fornavn: | | Fødselsnummer (11 siffer): | Kjønn:  Mann Kvinne |
| Adresse: | | | | Tlf.privat: | Mobiltlf.: |
| Postnr. | Poststed: | | E-postadresse: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Søknaden gjelder** | |
| Som fører av motorvogn *(kopi av førerkort begge sider må legges ved)* | Som passasjer |
| Har du søkt om tillatelse tidligere: Ja Nei | Hvis ja, oppgi utløpsdato: |
| Benytter du hjelpemidler: Ja Nei | Hvis ja, oppgi hvilke: |
| Har du innvilget TT-tjeneste: Ja Nei | |
| Gir du Lierne kommune tillatelse til å innhente ytterligere opplysninger fra lege/behandler om helseforhold som er relevant i forhold til din forflytningshemming?  Ja Nei | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Konkrete steder der du opplever vansker med å parkere på ordinære parkeringsplasser** | | | **Antall ganger pr.uke/mnd/år** |
| Arbeid: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| Bosted: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| Lege: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| Sykehus: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| Fysioterapeut/trening/annen behandling: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| Annen aktivitet: | | Adresse: | Hvor ofte: |
| **Hvorfor har du et særlig behov for parkeringslettelse på disse stedene?** | | | |
| Beskriv hva det er som gjør at du ikke kan benytte deg av de ordinære plassene? Skriv kort om hvert sted (ingen medisinsk beskrivelse, den vil fremkomme i legeerklæringen. Bruk gjerne baksiden her, eller eget ark. | | | |
| **Søkerens underskrift** | | | |
| Sted, dato: | Underskrift: | | |

**Legg ved bilde, legeerklæring (eget skjema) og kopi av førerkort (begge sider) dersom du søker som fører.**