**Søknad om parkeringsløyve for forflytningshemma**

*Jf. Forskrift om parkeringstillatelse for forflytningshemma.*

**Send signert søknad til Alver kommune, forvaltningskontoret, postboks 4, 5906 Frekhaug.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opplysningar om den forflytningshemma:** | | | | | | |
| Fornamn: | | Etternamn: | | | Fødselsnummer: | |
| Adresse: | | Postnummer/stad: | | | Telefonnummer: | |
| **Søknaden gjeld:** | | | | | | |
| Kva søkjar du som?  *Vel kun eit alternativ.*  Førar  Passasjer | Har du hatt parkeringstillatelse tidlegare?  Ja  Nei  Hvis ja, oppgje utløpsdato:­­­­­­­­­­­­­­­­­ | | | | | |
| Er du tildelt TT-kort?  Ja  Nei | Er kjøretøyet spesialtilpassa?  Ja  Nei | | | | | |
| Nyttar du hjelpemidler?  Rullestol  Rullator  Krykkjer  Stokk  Ingen | | | | | | |
| Kor mange meter kan du gå?  **Med** hjelpemiddel: | | | | Kor mange meter kan du gå?  **Utan** hjelpemiddel: | | |
| **Eg har behov for parkeringslettelse i forbindelse med:**  *Fyll ut det som er aktuelt, bruk eiga ark ved behov.* | | | | | | |
| Bustad: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| Arbeid: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| Lege: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| Sjukehus: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| Fysioterapi/trening/behandling: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| Anna aktivitet: | | | Adresse: | | | Kor ofte: |
| **Kvifor har du behov for parkeringslette? Beskriv ditt særlege behov (ikkje medisinsk begrunnelse - den vil førekomme i legeerklæringa):** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Påkravd dokumentasjon:** | | | | | | |
| Passfoto  Legeerklæring | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fullmakt og underskrift** | |
| Eg gjev Alver Kommune løyve til å kontakta legen min dersom legeerklæringa er uklar eller mangelfull. | |
| Underskrift: | Stad, dato: |

*Søknaden må signeres av søkjar sjølv eller oppnemnt vergje. Er søkjar under 18 år skal føresette signera søknad.*