



Skickas till:
Östersunds kommun
Teknisk förvaltning
Färdtjänsten
831 82 Östersund

ANSÖKAN OM PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD

För att kunna behandla ansökan krävs att legitimerad läkare fyllt i läkarintyget på sid 2, samt att du bifogar ett välliknande foto och din underskrift (se sista sidan).

- Jag ansöker för första gången Jag ansöker om förlängning av tidigare beviljat tillstånd
 Jag kör normalt fordonet själv Jag kör aldrig själv

Sökande

Namn		Personnummer
Adress till bostaden, inklusive postnummer och ort		
Adress till arbetet, inklusive postnummer och ort		
Telefonnummer till bostaden	Telefonnummer till arbetet, inklusive riktnummer	
E-postadress		

Annan person som normalt kommer att köra fordonet

Namn
Adress, inklusive postnummer och ort
<input type="checkbox"/> Make eller maka <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Annan person, specificera: _____

Jag behöver parkeringstillstånd av följande skäl

--

Jag bifogar följande handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Kopia av eventuellt tidigare parkeringstillstånd i annan kommun <input type="checkbox"/> Annan handling, specificera: _____
--

Jag ger mitt tillstånd till att nämndens handläggare och konsultläkare vid behov får kontakta intygs-skrivande läkare för eventuella kompletterande upplysningar

Ort och datum	
Namn-teckning	Namn-förtydligande

Nämndens noteringar

--

Läkarintyg

till ansökan om parkeringstillstånd för rörelsehindrad

Uppgifter om den undersökte

Namn		Personnummer
Uppgifterna är baserade på		
<input type="checkbox"/> Besök av sökanden	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökanden
<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökanden	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan årtal:
Diagnos		
Sjukdomen eller skadan uppstod, datum		
Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.		
Hur långt kan den sökande gå på plan mark (meter)		
<input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel _____ meter	<input type="checkbox"/> Med hjälpmedel _____ meter	
Om hjälpmedel, specificera:		
Rörelsehindrets beräknade varaktighet		
<input type="checkbox"/> Mindre än 6 månader	<input type="checkbox"/> 6 månader - 1 år	<input type="checkbox"/> Mer än 2 år
<input type="checkbox"/> Bestående		
I det fall sökande inte kör fordonet själv, ange om han eller hon regelmässigt måste få hjälp utanför fordonet		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Beskriv den sökandes behov av hjälp		

Läkarens namnteckning

Adress inklusive postadress	
Ort och datum	Telefonnummer inklusive riktnummer
Namnteckning	Namnförtydligande, ev specialistkompetens



Bilaga till: ANSÖKAN FÖR PARKERINGSTILLSTÅND FÖR RÖRELSEHINDRAD

Plats för den sökandes foto

Ort och datum

.....
Sökandens namnteckning skrivs på den streckade linjen ovan

Fylls i av kommunen i de fall korten produceras av annan leverantör

Kommunkod 	Kommunens namn	Handläggare: Förnamn	Efternamn	Beställningsdatum
---------------	----------------	----------------------	-----------	-------------------

Uppgifter för parkeringstillståndet

Sista giltighetsdag (år, mån, dag) 	Alternativ giltighetstid <input type="checkbox"/> 3 år	Löpnr (behöver ej anges) 	Födelseår 	Kön <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna	Förare/Passagerare <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> P
Förnamn 		Efternamn 			
<input type="checkbox"/> Foto finns		Ev. tidigare tillståndsnummer (på den sökandes tidigare kort)	Den sökande kan ej skriva sitt eget namn		
		<input type="checkbox"/> Ej skrivkunnig	<input type="checkbox"/> Kan ej underteckna		

Behandling av personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig. De uppgifter vi behöver spara och behandla är personnummer, namn, kontaktuppgifter och hälsotillstånd. Syftet med behandlingen är att hantera inkomna ansökningar om parkeringstillstånd.

Vi har fått dina uppgifter från din ansökan och eventuellt läkarintyg. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är myndighetsutövning i enlighet med 13 kap 8 § trafikförordningen 1998:1276. Dina uppgifter kommer att sparas.

De personuppgifter vi behandlar om dig delas med Seriline AB, det personuppgiftsbiträde vi använder för att kunna utföra den tjänst du efterfrågar och fullgöra våra skyldigheter gentemot dig. Uppgifterna kommer inte att överföras till land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är Tekniska nämnden. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på 063-14 30 00. Du når vårt dataskyddsbud genom att kontakta Östersunds kommuns kundcenter på kundcenter@ostersund.se.

Om du har invändningar kring vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att lämna ett klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen.

Mer information om dina rättigheter som registrerad hittar du på www.ostersund.se/dataskydd