



Kvam herad

Søknad om parkeringsløyve for forflyttingshemma

Opplysingar om søkjar		
Etternamn:	Førenamn:	Fødselsnr.:(11 siffer)
Kjønn: ☐ Mann ☐ Kvinne	Telefon privat:	
Adresse:	Postnummer og stad:	

Søknaden gjeld	
☐ Som førar av motorvogn (kopi av førarkort må leggjast ved) ☐ Som passasjer Førarar over 75 år må sørgja for å leggja ved kopi av gyldig førarkort som er fornya av Statens Vegvesen etter framlegg av helseattest.	
Har du parkeringsløyve frå før? ☐ Ja ☐ Nei	Dersom ja, oppgje kor lenge det er gyldig:
Har køyretøyet ditt rullestolheis eller skinner? ☐ Ja ☐ Nei Dersom ja, vedlegg dokumentasjon (f.eks. frå leverandør av bil, bilete der også registreringsnummer er med)	
Er du tildelt TT-kort? ☐ Ja ☐ Nei	
Gjev du Kvam herad løyve til å innhenta ytterlegare opplysingar frå lege/behandlar til søknaden din? ☐ Ja ☐ Nei	

Konkrete stader der du opplever vanskar med å parkera på ordinære parkeringsplassar:		Tal 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:
Annan aktivitet:	Adresse:	Kor ofte:
Kvifor har du eit særskilt behov for parkeringsløyve på desse stadane?		
Beskriv kva det er som gjer at du ikkje kan nytta ordinære plassar? Skriv kort om kvar stad. (Ikkje medisinsk årsaker – det kjem fram i legeerklæringa) Bruk gjerne eige ark:		
Underskrift:		Stad, dato:

Skjema skal sendast: Kvam herad, v/Kommuneoverlege, Grovajelet 16, 5600 Norheimsund.

Husk! Legg ved bilete og legerklæring (eige skjema)

Legeerklæring – vedlegg til søknad om parkeringsløyve for forflyttingshemma

Opplysningar om pasienten		
Etternamn:	Førenamn:	Fødselsnr.:
Adresse:		Postnummer og stad:

Bakgrunn for søknad om forflyttingshemming	
Årsak til forflyttingshemming (Me ber deg om å forklara eventuelle faguttrykk på norsk):	
Brukar pasienten nokon av følgjande hjelpemiddel: Anna: ☐ Rullestol dagleg ☐ vekentleg ☐ av og til ☐ ☐ Rullator dagleg ☐ vekentleg ☐ av og til ☐ ☐ Krykkjer dagleg ☐ vekentleg ☐ av og til ☐ ☐ Stokk dagleg ☐ vekentleg ☐ 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 tilstanden forverrast ved stadig å gå denne distansen?	
Treng pasienten: _____ (må fyllast ut dersom pasienten ikkje køyrer bil sjølv) Ledsagar/støtte? Ja ☐ Nei ☐ Konstant tilsyn? Ja ☐ Nei ☐ Dersom ja, beskriv kvifor?	
Kva er det som gjer at pasienten ikkje kan nytta seg av ordinære parkeringsplassar?	
Prognose mht. pasienten sin forflyttingshemming:	
Oppgje event. andre forhold som kan ha betydning for søknaden. (f.eks om forskjellar i gangdistanse på forskjellige årstider, om pasienten har stor variasjon i gangevne på «gode og «dårlege» dagar, om pasienten ofte er til kontroll/behandling).	

Legens underskrift	
Stad, dato:	Legen sitt stempel (namn, adressa, telefonnr):
Legen si underskrift:	
Utfylt skjema skal sendast: Kvam herad, v/Kommuneoverlege, Grovagelet 16, 5600 Norheimsund	