



Danske Handicaporganisationer

Brugerservice
Blekinge Boulevard 2
2630 Taastrup

Tlf.: 3675 1793
service@handicap.dk
www.parkeringskort.dk
www.ledsagekort.dk

Telefontid kl. 10-12
Personligt fremmøde
torsdag kl. 13-15

Vedlagt finder du ansøgningsskema om parkeringskort, som du bedes returnere i udfyldt stand med lægeerklæring på bagsiden. Er der ikke plads på ansøgningsskemaet, er du velkommen til at vedlægge en side med supplerende oplysninger.

For at lette behandlingen af din ansøgning, bedes du undgå at hæfte siderne sammen. Ligeledes skal dokumentation så vidt muligt medsendes i A4-format.

Du kan få hjælp til udfyldelse af skemaet i følgende vejledning:

Navn, adresse og cpr.nr. skal altid udfyldes. Bemærk at ansøger skal være den person, der har brug for kortet på grund af nedsat funktionsevne. Forældre til en ansøger skal altså søge i barnets navn, selvom barnet ikke er myndig.

1)

Hvis du har fået støtte til køb af bil eller fritagelse/nedsættelse af afgift efter brændstofforbrug, skal du sætte kryds i JA. Du skal således kun udfylde øverste del af forsiden, underskrive samt vedlægge kopi af bevillingsbrevet (højst 6 år gammel) fra kommunen. Du behøver altså ikke at få din læge til at udfylde lægeerklæringen på side 2.

Er din bilbevilling over 6 år gammel, men du stadig er fritaget for afgift efter brændstofforbrug, skal du indsende en kopi af registreringsattesten (hvor det fremgår, at den har været klausuleret) samt dokumentation for, at du stadig er ejer af bilen (f.eks. kopi af kvittering for betalt bilforsikring).

Såfremt du ikke har mulighed for at dokumentere dette, skal du udfylde hele ansøgningsskemaet med lægeerklæring.

2)

Er du optaget i det regionale trafikselskabs individuelle handicapkørsel, skal du kun udfylde til og med punkt 2, underskrive samt vedlægge en kopi af godkendelsen fra kommune/trafikselskabet (må højst være 6 år gammel).

Såfremt du ikke har en kopi af godkendelsen, bedes du indhente en bekræftelse på medlemskab fra enten din kommune eller trafikselskabet med angivelse af den periode, bevillingen er gældende.

Såfremt du ikke har mulighed for at dokumentere dette, skal du udfylde hele ansøgningsskemaet med lægeerklæring.

3)

Beskriv de følger af din(e) diagnose(r), der er afgørende for behovet for et parkeringskort, samt i hvilke situationer/steder, du har særligt behov for parkeringskort. Det kan f.eks. være i forbindelse med arbejdsplads, uddannelse, indkøb, hospitalsbesøg, træning etc.

4)

Du skal altid angive en gangdistance i meter både med og uden hjælpemidler. Gangdistancen er det antal meter du kan gå uden belastning/noget i hænderne, før du har brug for at stoppe op og holde en pause på et par minutter, for så at kunne gå nogenlunde den samme distance igen. Er gangdistancen varierende skal du uddybe, hvordan fordelingen af gode og dårlige dage er, og hvor langt du kan gå på henholdsvis gode og dårlige dage.

5)

Hvis du har andre informationer, der er relevant for sagen, kan du angive dem her.

Husk at **UNDERSKRIVE** skemaet.

Bemærk at der *ikke* skal indsendes foto sammen med ansøgningen. Såfremt det bliver en bevilling, vil vi senere rekvirere foto og underskrift.

Erklæringen på side 2 skal udfyldes af en læge, der har kendskab til dig. Det kan være enten en praktiserende læge eller en læge fra hospitalet, hvor man er tilknyttet.

- Diagnose(r) skal fremgå på dansk.
- I forbindelse med lungesygdom skal der oplyses, hvor meget din lungefunktion/lungediffusion er nedsat angivet i procent i forhold til normalen for alder og højde.
- Lægen skal vurdere patientens oplyste gangdistance i forhold til diagnose(r) og lægens kendskab til patienten.
- Såfremt tilstanden ikke er stationær, skal lægen angive hvor mange måneder/år, det forventes, at der er brug for et parkeringskort.
- Under supplerende bemærkninger kan blandt andet gives, hvis ansøger ikke kan færdes uden ledsager.
- Lægen skal både stemple og underskrive ansøgningen.

Du kan forvente at høre fra os inden for 2-3 uger efter, at vi har modtaget din ansøgning. Hvis kortet bliver bevilget, vil du efterfølgende modtage et stamkort, der skal underskrives og returneres med pasfoto, samt et girokort på kr. 425,- som er et administrationsgebyr.

Med venlig hilsen

DH Brugerservice

Danske Handicaporganisationer Brugerservice

Blekinge Boulevard 2, 2630 Taastrup

Tlf. 3675 1793 mellem kl. 10-12. Personlig henvendelse torsdage mellem kl. 13-15.

Email: service@handicap.dk - www.parkeringskort.dk

Journalnr. _____

Udfyldes af DHB

Ansøgningsskema til parkeringskort for personer med handicap

jf. bekendtgørelse nr. 661 af 11. juni 2010

Navn _____ Cpr-nr. _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

E-mail: _____ Tlf.nr. _____

Hvis du tidligere har søgt om parkeringskort anfør venligst journalnr./serienr. på P-kort: _____

1) Har du fået støtte til køb af bil eller fritagelse/nedsættelse af afgift efter brændstoffsforbrug (jf. servicelovens bestemmelser eller regler fastsat i medfør heraf)?

JA *HVIS JA: Ansøgningen underskrives og kopi af afgørelsen om støtte til køb af bil eller fritagelse/nedsættelse af afgift efter brændstoffsforbrug vedlægges. Resten af skemaet og lægeerklæringen skal **ikke** udfyldes.*

NEJ *HVIS NEJ: Næste punkt på skemaet udfyldes.*

2) Er du godkendt til at deltage i den individuelle handicapkørsel for svært bevægelseshæmmede, som trafikelskaberne skal etablere som fritidskørsel?

JA *HVIS JA: Ansøgningsskemaet underskrives og kopi af gældende afgørelse vedlægges. Resten af skemaet og lægeerklæringen skal **ikke** udfyldes.*

NEJ *HVIS NEJ: Resten af skemaet udfyldes og underskrives. Din læge skal udfylde erklæringen på side 2.*

3) Hvorfor har du behov for et parkeringskort, og hvilke steder/situationer har du særligt behov?

4) Hvor langt kan du gå uden pause? a) uden brug af hjælpemidler _____ meter

Angiv venligst en tal-værdi

b) med brug af hjælpemidler _____ meter

Ved brug af ganghjælpemidler oplyses hvilke: _____

5) Evt. supplerende bemærkninger:

Jeg har besvaret de stillede spørgsmål under strafansvar efter straffelovens § 163* og giver samtykke til, at oplysninger til brug for behandling af ansøgningen edb-behandles.

Dato _____ Ansøgerens underskrift _____

OBS! Det bemærkes, at:**1) Ansøgningsskemaet vil blive returneret, hvis det er mangelfuldt udfyldt****2) Du skal selv betale udgifter til lægelige oplysninger.**

* Straffelovens §163: Den, som i øvrigt til brug for i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt eller ved andet læsbart medie afgiver urigtig erklæring eller bevidner noget, som den pågældende ikke har viden om, straffes med bøde, hæfte eller fængsel i indtil 4 måneder

Erklæring om helbredsmæssige forhold
(udfyldes af ansøgerens sædvanligt benyttede læge)

Navn _____ Cpr-nr. _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

I vurderingen af en ansøgning om parkeringskort vil lidelser som deformiteter eller amputationer i underekstremiteterne indgå, men lunge-, hjerte- og neurotiske lidelser mm. kan også være afgørende.

Lægeerklæringen er ikke eneste grundlag for vurderingen af, om patienten kan få udstedt parkeringskort. Patienten skal i egen ansøgning selv redegøre for forhold, som medfører særlige behov for parkeringskort.

1) Patientens diagnose(r) skrevet på dansk:

2) Hvis lungesygdom - anfør dato for sidste lungefunktionsundersøgelse og værdierne af FEV1 i % og/eller lungediffusionen i % af de forventede værdier:

3) Er patientens tilstand:

- Stationær
 Progredierende
 Med mulighed for bedring inden for _____ måneder

4) Vurdering af patientens gangdistance med og uden hjælpemidler og i forhold til patientens helbredsforhold i øvrigt:

5) Evt. supplerende bemærkninger:

Kommer en læge i sin virksomhed til kundskab om, at en person lider af sådanne sygdomme eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at personen, i betragtning af de forhold hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til pågældende embedslæge eller Sundhedsstyrelsen, jf. §44 i lov nr. 1350 af 13. december 2008 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.

Dato _____ Lægens stempel og underskrift _____