

**Antrag**  
**auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung**  
**zur Gewährung von Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen**  
**gemäß § 46 StVO**

**(Parkausweis „orange“)**

(Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises ist – sofern vorhanden – beizufügen!)

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Eine amtliche Anerkennung als Schwerbehinderte(r)

ist erfolgt durch Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes \*) \_\_\_\_\_

vom: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Das Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder „Bl“ (Blindheit) wurde **nicht** festgestellt.  
Eine beidseitige Amelie / Phokomelie oder vergleichbare Funktionsstörungen liegen nicht vor.

Ich beantrage eine bundesweit geltende Ausnahmegenehmigung, da ich auf aufgrund des letzten Feststellungsbescheides zu dem folgenden Personenkreis gehöre:

1.  Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen **G** und **B und** einem Grad der Behinderung von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) **und** gleichzeitig einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane
2.  Schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt
3.  Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt
4.  Schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung einem der oben genannten Personenkreise gleichzustellen sind

- Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannte Bewilligungsstelle im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte über Art und Ausmaß der Behinderung beim Versorgungsamt \*) einholt.
- Außerdem stimme ich einer Übermittlung dieser Auskünfte vom Versorgungsamt \*) an die oben genannte Bewilligungsstelle zu.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

\*) bzw. entsprechende regional zuständige Stelle der Versorgungsverwaltung für das Feststellungsverfahren gemäß Schwerbehindertenrecht.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Diese Seite wird von den zuständigen Behörden ausgefüllt!**

Stadt Niddatal  
Der Bürgermeister  
als Ordnungsbehörde  
Hauptstraße 2  
61194 Niddatal

Niddatal, den \_\_\_\_\_

An das Versorgungsamt \*):

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Gießen  
Pofa 10 10 52  
35340 Gießen

Bewilligungsstelle:

Akz.: \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter/in: \_\_\_\_\_

---

**Stellungnahme des Versorgungsamtes \*):**

Die Voraussetzungen der Nr. \_\_\_\_\_ des umseitigen Katalogs sind **erfüllt**.

Eine Nachprüfung ist  am \_\_\_\_\_  nicht erforderlich.

Die Voraussetzung/en der Nummer/n \_\_\_\_\_ des umseitigen Katalogs sind **nicht** erfüllt.  
Kurzbeurteilung (stichwortartig):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

---

**Urschriftlich zurück an**

Stadt Niddatal  
-Ordnungsamt-  
Hauptstraße 2  
61194 Niddatal