

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 wegen

1. Schwerbehinderung mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken);
2. Schwerbehinderung mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane;
3. Schwerbehinderung aufgrund einer Erkrankung an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem hierfür zuerkannten GdB von wenigstens 60
4. Schwerbehinderung aufgrund eines künstlichen Darmausganges und zugleich einer künstlichen Harnableitung mit einem hierfür zuerkannten GdB von wenigstens 70

- 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