

## Antrag auf Parkerleichterungen für schwerbehinderte Menschen

<b>Antragsteller:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name, Vorname	Geburtsdatum
	<input type="text"/>	
	Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefon	E-Mail
	<input type="text"/>	
	ggf. gesetzlicher Vertreter: Name und Anschrift	

Hiermit beantrage ich eine Ausnahmegenehmigung gem. § 46 Abs. 1 Nr. 11 Straßenverkehrs-Ordnung von Halt- und Parkbeschränkungen („Parkerleichterung“).

Hierbei handelt es sich um <input type="radio"/> eine Ersterteilung. <input type="radio"/> eine Verlängerung der Ausnahmegenehmigung Nr.: <input type="text"/> <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="text"/> <small>(z. B. Korrektur, Verlust, etc.)</small>
Bei mir liegt folgende Konstellation vor: 1) <input type="checkbox"/> Ich habe das anerkannte Merkzeichen „aG“ ..... 2) <input type="checkbox"/> Ich habe das anerkannte Merkzeichen „Bl“ ..... 3) <input type="checkbox"/> Ich leide an beidseitiger Amelie bzw. Phokomelie ..... 4) <input type="checkbox"/> Bei mir liegt eine vergleichbare Funktionsstörung vor (bitte separat ausführen).
<b>Beigefügte Unterlagen:</b> <input type="radio"/> Kopie / Foto des aktuellen Schwerbehindertenausweises <input type="radio"/> Kopie / Foto des aktuellen Feststellungsbescheides des Sozialamtes
<b>Lichtbild:</b> <input type="radio"/> Ein Lichtbild im Format 35 x 45 mm (Passbildformat) ist beigefügt <input type="radio"/> Ich bin damit einverstanden, dass mein beim Bürgerservice der Stadt Ahlen hinterlegtes Bild des letzten Personalausweises / Reisepasses verwendet wird.
<b>Anmerkungen:</b> <input type="text"/>

### Einverständniserklärung:

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Straßenverkehrsbehörde der Stadt Ahlen zur Feststellung, ob die oben angegebenen medizinischen Voraussetzungen vorliegen, ggf. das Sozialamt des Kreises Warendorf einschl. des dortigen ärztlichen Dienstes beteiligt. Einer Übermittlung der benötigten Auskünfte durch das Sozialamt des Kreises Warendorf an die Straßenverkehrsbehörde stimme ich zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Ort, Datum

Name / Unterschrift