

Gesuch um Abgabe einer Parkkarte

Erstmaliges Gesuch Verlängerung

Personalien der gehbehinderten Person bzw. der Organisation, die gehbehinderte Personen transportiert (Bitte Gross-/Kleinschrift in schwarzer Farbe)


Name:

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort:

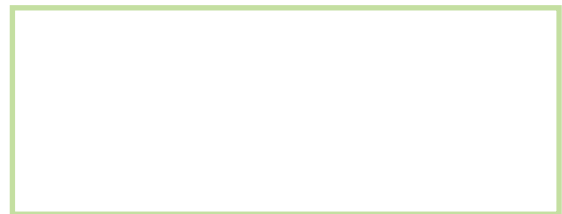
Heimatort(e)/Kanton (Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum: (Tag/Monat/Jahr) weiblich männlich 

E-Mail-Adresse



Die Bewilligung wird auf den Namen der gehbehinderten Person bzw. der Organisation, die gehbehinderte Personen transportiert, ausgestellt und ist durch diese persönlich zu unterzeichnen.



△Unterschrift Gesuchsteller/in oder gesetzlicher Vertreter innerhalb dieses Feldes in schwarzer Farbe

Ort und Datum: _____

Zusätzliche Angaben bei Privatpersonen

Die ärztliche Bescheinigung (siehe Rückseite) über eine Mobilitätsbehinderung ist Bestandteil dieses Gesuches.

Sind Sie Halter/in eines Fahrzeuges? nein ja Kontrollschild LU _____

Bemerkungen:

Zusätzliche Angaben bei Organisationen

Kontrollschild: LU _____

Grund der Fahrten: _____

Häufigkeit der Fahrten pro Monat: _____

Wieviele Personen werden im Durchschnitt pro Monat befördert?: _____

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen eine Bewilligung erschleicht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 97 SVG). Zusätzlich droht der Entzug oder die Verweigerung der Bewilligung (Art. 16 SVG).

Beachten Sie bitte die ärztliche Bescheinigung

Bitte falten Sie das Gesuch nach hinten und benützen Sie die unten aufgedruckte Anschrift in einem Fensterkuvert.

Strassenverkehrsamt
des Kantons Luzern
Verkehrszulassung
Postfach 3970
6002 Luzern 2

Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Personalien

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ / Wohnort: _____

1.	Art der Gehbehinderung	_____
	Eingesetzte Hilfsmittel	_____

*Die Gehbehinderung äussert sich darin, dass der gehbehinderten Person dauernd oder vorübergehend während **mindestens 6 Monaten** eine Fortbewegung zu Fuss nur bis ca. 200 m oder mit Hilfe einer Begleitperson bzw. mit besonderen Hilfsmitteln möglich ist. Hierbei handelt es sich um Gehbehinderungen deren Ursache im Bewegungsapparat der Beine (direkte Gehbehinderung) wie auch im Atem- und Kreislaufsystem (indirekte Gehbehinderung) liegen können (Richtlinien der Interkantonalen Kommission für den Strassenverkehr; IKST)*

2. Die Gehbehinderung ist

vorübergehend zunehmend/sich verschlechternd
 gleichbleibend/konstantes Beschwerdebild
Dauer der Behinderung (Anzahl Monate) _____ oder bis (Datum) _____

3. **Ist eine Überprüfung der Fahreignung nötig?** ja nein
(Nur bei einem/einer Inhaber/in eines Führerausweises auszufüllen)

4. Bemerkungen:

Datum: _____ **Stempel/Unterschrift**
Ärztin/Arzt

Das Erfordernis einer vertrauensärztlichen Untersuchung bleibt vorbehalten.