

ANTRAG

auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 StVO
über Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen sowie
Personen mit vorübergehender erheblicher Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung

(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 Bescheid der / des _____

vom _____, Aktenzeichen _____.

Merkzeichen **aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder **BI** (Blindheit) wurde **nicht** festgestellt.
Beidseitige Amelie / Phokomelie oder vergleichbare Funktionseinschränkungen liegen **nicht** vor.

wurde beantragt am _____ bei _____.

wurde (bisher) nicht beantragt.

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 Darmausgangs **und** zugleich einer künstlichen Harnableitung mit einem **hierfür** zuerkannten GdB von wenigstens 70

Die vorstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden (noch) **nicht** amtlich bescheinigt.
Ich beantrage deshalb eine in **Schleswig-Holstein** geltende Ausnahmegenehmigung wegen

5. erheblicher dauerhafter Gehbehinderung mit dem Merkzeichen G und einem GdB von wenigstens 70 **und** einer maximalen Gehstrecke von ca. 100 m
6. erheblicher vorübergehender oder noch nicht amtlich anerkannter dauerhafter Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung mit einer maximalen Gehstrecke von ca. 100 m, verursacht durch

Eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden (Fach-)Arztes ist beizufügen!

Mit der Auswertung der für dieses Verfahren notwendigen medizinischen Unterlagen aus der beim Landesamt für soziale Dienste geführten Schwerbehindertenaakte erkläre ich mich einverstanden.
Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Diese Seite wird von den zuständigen Behörden ausgefüllt !

(Bezeichnung der Straßenverkehrsbehörde)

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Anschrift der Außenstelle
des Landesamtes für soziale Dienste)

Aktenzeichen:
Sachbearbeiter/in:
E-Mail:
Telefon:
Telefax:

Den umseitigen Antrag übersende ich mit der Bitte um Stellungnahme nach Aktenlage bzw. nach versorgungsärztlicher Untersuchung.

(Unterschrift)

Stellungnahme der Außenstelle des Landesamtes für soziale Dienste:

- Die Voraussetzungen der Nr. ____ des umseitigen Katalogs sind **erfüllt**.
Eine Nachprüfung ist am _____ nicht erforderlich.
- Die Voraussetzungen der Nummern 1 – 5 des umseitigen Kataloges sind **nicht** erfüllt.
Kurzbeurteilung (stichwortartig):

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Urschriftlich zurück an

(Anschrift der Straßenverkehrsbehörde)