A N T R A G

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 **Bl** (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 vorstehend 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 Schwerbehindertenakte erkläre ich mich einverstanden. Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

_____	_____	_____
(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)