

## Antrag auf Einrichtung eines personengebundenen Behindertenparkplatzes (§ 45 Abs. 1 b Nr. 2 Straßenverkehrsordnung)

### Antragsteller/in:

Name	Vorname	Anrede
Straße	Hausnummer	Postleitzahl
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der Einrichtung des personengebundenen Behindertenparkplatzes meine personenbezogenen Daten an das ausführende Unternehmen weitergegeben werden.		

### Angaben zum Schwerbehindertenausweis

<input type="checkbox"/> Ich besitze einen Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie beifügen)					
Aktenzeichen	ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	gültig bis	Grad der Behinderung	Merkzeichen

### Angaben zum Parkausweis

<input type="checkbox"/> Ich besitze einen blauen EU-einheitlichen Parkausweis (bitte Kopie beifügen).	
Parkausweis-Nr.	ausstellende Behörde <input type="checkbox"/> Landeshauptstadt Potsdam <input type="checkbox"/> andere Behörde:

### Angaben zum Fahrzeug

Ich benutze hauptsächlich das Kraftfahrzeug mit dem Kennzeichen:		
<input type="checkbox"/> Ich bin Halter des benannten Kraftfahrzeuges.		
<input type="checkbox"/> Ich bin nicht Halter des benannten Fahrzeuges (bitte Kopie der Zulassungsbescheinigung Teil II beifügen).		
Name des Fahrzeughalters	Vorname des Fahrzeughalters	Anrede
Straße	Hausnummer	Postleitzahl
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail
Ich fahre das Fahrzeug selbst.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Fahrzeug hat eine Sonderausstattung mit ausfahrbarer Rampe oder ähnlichem.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich benutze gewöhnlich einen Rollstuhl / Gehwagen.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich nehme ausschließlich den Behindertenfahrdienst in Anspruch.		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Angaben zum Parkplatz

Der Parkplatz soll eingerichtet werden (bitte legen Sie dem Antrag eine Skizze bei):	
Beschreibung der Straße / des Platzes	
<input type="checkbox"/> Ich habe dort eine Garage / einen Stellplatz.	
<input type="checkbox"/> Ich kann diese Garage / Stellplatz wegen meiner Behinderung nicht nutzen.	
<input type="checkbox"/> Die Garage / der Stellplatz ist zum Ein-/Ausstieg zu eng. <input type="checkbox"/> Es gibt keinen für mich benutzbaren Zugang (Treppe o. ä.). <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Ich benötige den Behindertenparkplatz	
<input type="checkbox"/> zeitlich uneingeschränkt. <input type="checkbox"/> zeitlich eingeschränkt	
<input type="checkbox"/> von                      bis                      Uhr. <input type="checkbox"/> nur von Montag bis Freitag. <input type="checkbox"/> nur am Wochenende.	

## **Wichtige Hinweise:**

Mir ist bekannt, dass

- mein Anspruch auf den personenbezogenen Parkplatz entfällt, wenn die o. g. Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind.
- falsche Angaben nachträglich zum Entzug des Schwerbehindertenparkplatzes führen können.
- ich bei Änderung der vorstehenden Angaben (z. B. Umzug, Änderung des Ausweises durch das Landesamt für Soziales und Versorgung, Benutzung einer Garage oder anderen Stellplatzes etc.) unverzüglich und selbständig die Straßenverkehrsbehörde informiere.
- der Parkplatz nur mit dem Fahrzeug benutzt werden darf, in dem mein blauer Behindertenparkausweis ausgelegt ist.
- der Parkplatz nicht zu anderen Zwecken (z. B. zum Lagern von Gegenständen o. ä.) benutzt werden darf.
- der Parkplatz nicht Dritten zur Verfügung gestellt werden darf.

## **Folgende Unterlagen habe ich diesem Antrag in Kopie beigefügt bzw. im Original vorgelegt:**

- Schwerbehindertenausweis des Versorgungsamtes (Vorder- und Rückseite)
- Ausnahmegenehmigung zur Benutzung von allgemeinen Schwerbehindertenparkplätzen oder
- blauen EU-einheitlichen Parkausweis für Behinderte (Vorder- und Rückseite)
- evtl. Skizze über den gewünschten Standort
- Aussage / Nachweis darüber, warum die Nutzung oder Anmietung eines Parkplatzes auf Privatgrund trotz Bemühungen nicht möglich ist (z. B. Bestätigung des Vermieters bzw. Nachweis weiterer Bemühungen).

**Ich versichere, die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers