

Verkehrsamt

Schlagstrasse 82, 6430 Schwyz / Telefon 041 819 21 33

Gesuch um Abgabe einer Parkkarte für Gehbehinderte Erstmaliges Gesuch Verlängerung**Personalien bzw. Angaben der Organisation** (Bitte Gross-/Kleinschrift in schwarzer Farbe)

Name:

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort:

Heimatort(e)/Kanton (Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum: weiblich männlich 

E-Mail:

(Privatpersonen benötigen ein aktuelles **farbiges Passfoto** im Format 35 x 45 mm)**Das Gesuch ist auf den Namen der behinderten Person bzw. der berechtigten Organisation auszustellen und durch diese persönlich bzw. den gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.**

Ort und Datum:

△ Unterschrift Gesuchsteller/in oder gesetzlicher Vertreter **innerhalb** dieses Feldes in **schwarzer** Farbe**Zusätzliche Angaben bei Privatpersonen:****Die ärztliche Bescheinigung (siehe Rückseite) über eine Mobilitätsbehinderung ist Bestandteil dieses Gesuches.**

Bemerkungen:

Besitzer/in eines Führerausweises im Kreditkartenformat? ja nein**Zusätzliche Angaben der Organisation:**Kontrollschild/-er: SZ

Grund der Fahrten:

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen eine Bewilligung erschleicht, wird verzeigt und hat mit Gefängnis oder Busse zu rechnen (Art. 97 SVG). Zusätzlich droht der Entzug oder die Verweigerung der Bewilligung (Art. 16 SVG).

Bei Behinderten, die im Besitz des Führerausweises sind, kann die Fahreignung abgeklärt werden. Diese Abklärung ist kostenpflichtig und kann unter Umständen zu Einschränkungen oder zum Entzug des Führerausweises führen.

Verkehrsamt des Kantons Schwyz
Führerzulassung
Postfach 3214
6431 Schwyz

Verkehrsamt des Kantons Schwyz
Führerzulassung
Postfach 3214
6431 Schwyz

Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Antragsteller/in:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

1. Art der Gehbehinderung gemäss dem Merkblatt "Parkierungserleichterungen für gehbehinderte Personen"

*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.*

Art der Gehbehinderung:

Eingesetzte Hilfsmittel: _____

2. Die Gehbehinderung ist

gleichbleibend/konstantes Beschwerdebild

zunehmend/sich verschlechternd.

Die Untersuchung ist nachMonaten zu wiederholen.

vorübergehend (passager)

Dauer der Behinderung (Anz. Monate) _____ oder bis (Datum) _____

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

4. Bemerkungen:

Datum: _____

**Stempel und Unterschrift
des Arztes / der Ärztin:** _____