

# A n t r a g

auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO über Parkerleichterungen für besondere Gruppen von Schwerbehinderten

Name, Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich eine Ausnahmegenehmigung über Parkerleichterungen

Eine amtliche Anerkennung als Schwerbehinderte(r)

ist erfolgt durch Bescheid des Landesamtes für soziale Dienste in \_\_\_\_\_  
vom \_\_\_\_\_, Aktenzeichen \_\_\_\_\_.

Das Merkzeichen **aG** oder **BI** (außergewöhnliche Gehbehinderung /Blindheit) ist bei mir **nicht** festgestellt.

Ich beantrage die Ausnahmegenehmigung **gültig im Bereich der StVO** (Gültigkeit max. 5 Jahre)

- 1)  als schwerbehinderter Mensch 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)  als schwerbehinderter Mensch mit den **Merkzeichen G und B** und einem **Grad der Behinderung (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)  als schwerbehinderter Mensch wegen **Morbus-Crohn-** bzw. **Colitis ulcerosa-Erkrankung** mit hierfür anerkanntem **GdB von wenigstens 60**,
- 4)  als schwerbehinderter Mensch **mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung** mit hierfür anerkanntem **GdB von wenigstens 70**.

Da die oben genannten Voraussetzungen bei mir **ebenfalls nicht** vorliegen, beantrage ich alternativ die Ausnahmegenehmigung **gültig in Schleswig-Holstein** sowie z. Zt. noch in **Mecklenburg-Vorpommern** und **Rheinland-Pfalz**

- 5)  wegen erheblicher dauernder Gehbehinderung (anerkannter **Grad der Behinderung mind. 70 und max. Gehstrecke ca. 100 m**) (Gültigkeit max. 5 Jahre)
- 6)  wegen erheblicher vorübergehender oder noch nicht amtlich anerkannter dauernder Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung (max. Gehstrecke ca. 100 m),

verursacht durch \_\_\_\_\_  
(Gültigkeit max. 3 Monate)

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

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)