Antragsteller/in (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	Telefonnummer

Landratsamt Konstanz

- Amt für Straßenverkehr und Schifffahrt -

Max-Stromeyer-Str. 47

78467 Konstanz

Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO

zur Bewilligung von Parkerleichterungen für besondere Gruppen

Ich bin schwerbehindert, zuletzt festgestellt durch Bescheid des Versorgungsamtes

Sitz des Versorgungsamtes	Datum	Aktenzeichen

Das Merkzeichen "aG" oder "Bl" (außergewöhnliche Gehbehinderung/Blindheit) ist bei mir nicht festgestellt.
Ich beantrage die Ausnahmegenehmigung, weil

1.	☐ bei mir allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) ein GdB von wenigstens 70 **und gleichzeitig** unter Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane ein GdB von wenigstens 50 vorliegt **und** die Merkzeichen "G" **und** "B" festgestellt sind. (Randnummer 134)
2.	☐ ich an Morbus Crohn/Colitis ulcerosa mit schwerer Auswirkung leide und hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt. (Randnummer 135)
3.	☐ ich einen künstlichen Darmausgang und eine künstliche Harnableitung habe und hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt. (Randnummer 136)
4.	☐ ich nach versorgungsärztlicher Feststellung dem Personenkreis nach den Randnummern 134 bis 136 gleichzustellen bin. (Randnummer 137)

Ich bin damit einverstanden, dass die Straßenverkehrsbehörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte über Art und Ausmaß der Behinderung beim Versorgungsamt einholt. Außerdem stimme ich einer Übermittlung dieser Auskünfte vom Versorgungsamt an die Straßenverkehrsbehörde zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Anlagen (bitte beifügen)

☐ **Kopie Schwerbehindertenausweis o d e r**

☐ **Bescheid-Kopie des Amtes für Gesundheit und Versorgung**

Ort, Datum	Unterschrift

Wird von der Behörde ausgefüllt:

Geschäftszeichen Straßenverkehrsamt: 112.322- ……

Datum ……
Unterschrift

- An das Amt für Gesundheit und Versorgung -

Die Voraussetzungen der obigen Nr. ☐ sind:

☐ erfüllt

☐ nicht erfüllt

☐ Aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen liegen besondere Umstände vor, die bei einem wertenden Vergleich mit den obigen Fallgruppen eine analoge positive Entscheidung rechtfertigen (bitte Kopie des Feststellungsbescheides beifügen)

☐ Vorgänge über die antragstellende Person liegen hier nicht vor

Eine Nachprüfung ist

☐ erforderlich

☐ nicht erforderlich

Versorgungsamt (Datum, Unterschrift)