



Formularservice der Stadt Hanau

Datenschutzhinweis:

Die Verarbeitung der hier erhobenen personenbezogenen Daten erfolgt entweder auf Basis der Freiwilligkeit, auf einer Rechtsgrundlage oder ist unter Einhaltung anzuwendender Datenschutzgesetze zulässig. Wir sind verpflichtet, ausführlich über die Verarbeitung personenbezogener Daten zu informieren.

Diese als Anlage beigefügten Informationen sind Bestandteil dieses Formulars.

Der Oberbürgermeister der Stadt Hanau
Ordnungsamt
Straßenverkehrsbehörde
Steinheimer Straße 1b
63450 Hanau

Tel.: 06181 2950 2113
Fax: 06181 2950 4004
E-Mail-Adresse: stvb@hanau.de

Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Absatz 1 StVO (Parkerleichterung für besondere Gruppen Schwerbehinderter in Hessen)

Nutzen Sie alternativ den schnellen und unkomplizierten Online-Service unter:
sbparken.hanau.de

Antragstellende Person

Name	Vorname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort Hanau	E-Mail-Adresse
Telefon	Geschäftszeichen Hessisches Amt für Versorgung und Soziales		

Da ich die Voraussetzungen der Verwaltungsvorschrift des § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO erfülle, stelle ich hiermit einen Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen aufgrund folgender Voraussetzungen:

☐ RN 134: Merkzeichen G + B und einem GdB (Grad der Behinderung) von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen der 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 Lunge.

☐ RN 135: Schwerbehinderte Menschen die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt.

☐ RN 136: Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt.

☐ RN 137: Schwerbehinderte Menschen die nach versorgungsärztlicher Feststellung dem Personenkreis nach den Randnummern 134 bis 136 gleichzustellen sind.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Fulda:

Die Voraussetzungen der obigen ☐RN134 ☐RN135 ☐RN136 ☐RN137 sind nicht erfüllt.

☐ Die Voraussetzungen der obigen RN _____ sind erfüllt.

☐ Eine Nachprüfung ist vorgesehen im _____.

☐ Eine Nachprüfung ist nicht vorgesehen.

Hessisches Amt für Versorgung und Soziales Fulda

Im Auftrag

Ort, Datum

Unterschrift