

An den Bürgermeister als  
- Straßenverkehrsbehörde -  
Schulstr. 3  
36157 Ebersburg

### **A n t r a g**

auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Absatz 1 der Straßenverkehrsordnung (StVO)  
(Parkerleichterung für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen in Hessen)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

#### Erklärung:

Ich bin Schwerbehinderte(r) auf Grund der letzten Feststellung des Hessischen Amtes für Versorgung und Soziales - Versorgungsamt -.

Letzter Feststellungsbescheid vom: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

Die Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder "Bl" (Blindheit) sind bei mir nicht festgestellt worden. Beidseitige Amelie / Phokomelie oder vergleichbare Funktionseinschränkungen liegen nicht vor.

Ich beantrage die bundesweit geltende Ausnahmegenehmigung, da ich auf Grund des letzten Feststellungsbescheides zu dem nachfolgenden Personenkreis gehöre:

#### Personenkreise:

- (RN 134) Schwerbehinderte Menschen mit dem Merkzeichen G und B und einem 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
- (RN 135) Schwerbehinderte Menschen, die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt
- (RN 136) Schwerbehinderte Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt
- (RN 137) Schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung den Personenkreis nach den Randnummern 134 bis 136 gleichzustellen sind

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

Ebersburg, den \_\_\_\_\_  
(Datum)

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