



Stadt Weiden i. d. OPf.  
Amt für öffentliche Ordnung  
Verkehrsbehörde  
Dr.-Pfleger-Straße 15  
92637 Weiden  
  
Tel.Nr. 0961 81-3603 o. 81-3604  
Fax 0961 81-3619

**Antrag auf Erteilung einer Ausnahmege-  
nehmigung zur Gewährung von Parkerleich-  
terungen für besondere Gruppen schwerbe-  
hinderter Menschen**  
gemäß § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Straßenverkehrs-  
Ordnung (StVO)

Antragsteller (Name, Vorname)	
Straße, Hausnr.	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Telefon

**Ich beantrage eine Ausnahmegenehmigung aus folgenden Gründen:**

Ich bin an Morbus Chron oder Colitis ulcerosa erkrankt.

**Hinweis:** Die Parkerleichterung wird bei einem anerkannten Grad der Behinderung von wenigstens 60 gewährt.

Ich bin Stomaträger mit doppeltem Stoma.

**Hinweis:** Die Parkerleichterung wird bei einem hierfür anerkannten Grad der Behinderung von wenigstens 70 % gewährt.

Ich leide an Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich dies auf das Gehvermögen auswirken).

**Hinweis:** Die Parkerleichterung wird bei Menschen mit den Merkzeichen „G“ und „B“ und einem Grad der Behinderung von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) gewährt.

Ich leide an Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich dies auf das Gehvermögen auswirken) **und gleichzeitig** an einer Funktionsstörung des Herzens oder der Atmungsorgane.

**Hinweis:** Die Parkerleichterung wird bei Menschen mit den Merkzeichen „G“ und „B“ und einem Grad der Behinderung von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen **und gleichzeitig** einem Grad der Behinderung von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane gewährt.

Ich besitze bereits eine Schwerbehindertenparkausweis.

**Ich lege vor:**

Schwerbehindertenausweis      Schwerbeschädigtenausweis      Bescheid des Versorgungsamtes

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte über Art und Ausmaß der Behinderung beim Versorgungsamt einholt. Außerdem stimme ich einer Übermittlung der Auskünfte vom Versorgungsamt an die zuständige Behörde zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Nur von der Behörde auszufüllen!**

Dem Antragsteller wurde bewilligt:

**Parkausweis-/Ausnahme genehmigung Nr.** \_\_\_\_\_

**Ausnahme genehmigung gültig bis:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift