

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift (PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)

Telefon (Angabe freiwillig)

Anschrift der Straßenverkehrsbehörde

**Stadt Meißen  
Ordnungsamt  
Straßenverkehrsbehörde  
Markt 1  
01662 Meißen**

## Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung

**zur Bewilligung von Parkerleichterungen für  
besondere Gruppen schwerbehinderter  
Menschen**

gemäß § 46 Abs. 1 Straßenverkehrs-Ordnung (oranger  
Parkausweis) bzw.

der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staats-  
ministeriums für Wirtschaft und Arbeit für  
Parkerleichterungen vom 1. Januar 2012 (gelber  
Parkausweis)

Ich bin Schwerbehinderte(r) und beantrage aufgrund der Schwere meines Leidens eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen. Eine außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“), Blindheit (Merkzeichen „BI“) oder beidseitige Amelie bzw. Phokomelie oder vergleichbare Funktionseinschränkungen liegen bei mir nicht vor.

Ich leide aufgrund einer Erkrankung, eines Unfalles bzw. einer schweren Operation vorübergehend, aber dennoch für einen längeren Zeitraum an so starken Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen und/oder Lendenwirbelsäule, dass ich vorübergehend (max. 6 Monate) auf Parkerleichterungen angewiesen bin.

### Ich lege vor:

- Personalausweis
- Schwerbehinderten-Ausweis Nr.: \_\_\_\_\_
- Vordruck „Ärztliche Bescheinigung“ (bei vorübergehend Berechtigten)

### Folgende Behindertenparkplätze im Freistaat Sachsen (max. 3), sollen als besonderer Ausnahmefall in der Ausnahmegenehmigung enthalten sein (z.B. Arztpraxen oder Geschäfte zur Deckung des täglichen Bedarfs)

Bezeichnung (z.B. Ärztehaus)	Adresse
<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____

### Einverständniserklärung/Hinweise zum Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass das Kreisverkehrsamt im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte über Art und Ausmaß der Behinderung sowie die letzte sozialmedizinische Stellungnahme des ärztlichen Dienstes beim Kreissozialamt, Sachgebiet SGB IX, des Landratsamtes Meißen einholt.

Außerdem stimme ich einer Übermittlung dieser Auskünfte vom Kreissozialamt des Landratsamtes Meißen, Sachgebiet SGB IX, an das Kreisverkehrsamt zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller / gesetzlicher Vertreter