

**Aanvraagformulier gehandicaptenparkeerkaart**

# In te vullen door de medewerker van de gemeente

|  |  |
| --- | --- |
| Werkprocesnummer  |   |
| Cliëntnummer  |   |

# Uw persoonsgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters  |   |
| Achternaam  |   |
| Geslacht  |   |
| Geboortedatum  |   |
| Adres  |   |
| Postcode  |   |
| Telefoonnummer  |   |
| Burgerservicenummer  |   |
| E-mailadres  |   |

# Reden van uw aanvraag

(aanvinken)

Voor welk type gehandicaptenparkeerkaart wenst u in aanmerking te komen?

* Bestuurderskaart
* Passagierskaart
* Bestuurderskaart en passagierskaart

Heeft u de legeskosten betaald?

Verstrekking gehandicaptenparkeerkaart € 45,00

Duplicaat gehandicaptenparkeerkaart € 30,00

* Ja, de kosten heb ik contant betaald bij de balie van het gemeentehuis middels een vooraf gemaakte afspraak
* Ja, de kosten heb ik overgemaakt op het bankrekeningnummer van de gemeente Waalre (NL47BNGH0285009079). U voegt een kopie van het betalingsbewijs toe aan dit formulier.

# Gehandicaptenparkeerkaart

Werd u eerder een gehandicaptenparkeerkaart verstrekt?

* Ja voor langer dan 5 jaar
* Korter dan 5 jaar
* Ja, maar deze dient vanwege diefstal, verlies of beschadiging vervangen te worden



Indien u eerder een gehandicaptenparkeerkaart hebt gehad, vul dan de volgende gegevens in.

|  |  |
| --- | --- |
| Door welke instantie is de parkeerkaart afgegeven?  |   |
| Betreft het een bestuurderskaart, passagierskaart of beide?  |   |
| Nummer van de kaart  |   |
| Vervaldatum van de kaart  |   |

# Retour

U stuurt ingevuld formulier **inclusief een recente pasfoto** naar Gemeente Waalre / CMD, Antwoordnummer 6, 5550 VP Waalre. Achterop de pasfoto noteert u uw naam en geboortedatum. U voegt ook een kopie van het betalingsbewijs toe.

# Ondertekening

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Uw gegevens worden volgens de regels van de Wet bescherming persoonsgegevens verwerkt in onze administratie.

|  |  |
| --- | --- |
| Plaats  |   |
| Datum  |   |
| Handtekening aanvrager  |   |