



לכבוד  
ועדת תנועה מקומית  
עיריית גבעת שמואל

**בקשה להקצאת מקום חניה בלעדי לרכב נכה**

אני החתום מטה מר/גב' \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
הגר/ה ברחוב \_\_\_\_\_ מספר \_\_\_\_\_ בגבעת שמואל  
טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

מבקש/ת לאשר לי מקום חניה שמור לרכב נכה סמוך לביתי.

הנני מצהיר/ה כדלקמן:

1. ברשותי רכב מס' \_\_\_\_\_ הרשום על שמי.
2. ברשותי רישיון נהיגה ואני נוהג/ת ברכב הנ"ל.
3. אין ברשותי מקום חניה מאושר בהיתר הבניה.
4. אין ברשותי מקום חניה בתוך חצר ביתי / בניין מגורי.
5. ידוע לי, כי אם יועמד לרשותי מקום חנייה הוא אמור לשרת אך ורק את כלי הרכב המצוין בתמרוך.
6. ידוע לי, שמחובתי להציג את תג הנכה כאשר הרכב חונה בחניית הנכים שהוקצתה לי.
7. ידוע לי, כי זכאותי להקצאת מקום חנייה תיבדק ע"י עיריית גבעת שמואל מעת לעת על פי שיקול דעתה, וכי אם לא אעמוד בתנאים הנדרשים יבוטל מקום החנייה.
8. הנני מתחייב להודיע לעירייה ברגע שאשנה את מקום מגורי.
9. אני מתחייב להודיע לעירייה על שינוי באחוזי הנכות וסעיפיה.
10. הריני מאשר בחתימת ידי כי תצהיר זה ישמש כבסיס תקף לביהמ"ש.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המצהיר/ה \_\_\_\_\_

**יש לצרף את המסמכים הבאים:**

1. צלום תו נכה משני הצדדים, מעודכן ואושר על ידי משרד הרישוי.
2. צילום רישיון הרכב של הנכה + רישיון נהיגה.
3. צילום תעודת זהות כולל הספח (לאישור כתובת מעודכנת במשרד הפנים).
4. \*תושב שגילו פחות מ-65 שנים  
אישור מלשכת הבריאות או הביטוח הלאומי או משרד הביטחון על מוגבלות בניידות של 60% לפחות.  
\*תושב מעל גיל 65  
סיכום מידע רפואי מרופא המשפחה כולל פירוט טיפול תרופתי ובנוסף אישור רפואי מרופא מומחה בתחום הליקוי הרפואי (אורתופד, כירורג כלי דם, נירולוג וכו') שבו פירוט הליקוי הרפואי תוך התייחסות מפורשת למידת המוגבלות בניידות הנובעת מליקוי זה.

**לידיעתך: בקשתך תועבר לועדת תנועה הקרובה, תשובה תשלח בדואר.**