

Application for Accessible Parking Permit

Demande de permis de stationnement pour personnes handicapées



The completed application can be taken to a Driver & Vehicle Licence Issuing Office or can be sent to: ServiceOntario, P.O. Box 9800, Kingston, Ontario K7L 5N8. / La demande dûment remplie peut être présentée à un Bureau de l'immatriculation et des permis de conduire ou envoyée à : ServiceOntario, C.P. 9800, Kingston (Ontario) K7L 5N8.

Part A - Applicant Information - To be completed by applicant or legal guardian

Partie A – Renseignements sur l'auteur de la demande – À remplir par l'auteur de la demande ou le tuteur légal

- New Permit/Nouveau permis
- Renewal Permit/Renouvellement d'un permis
- Replacing Lost Permit - Please attach a completed Replacement Declaration (SR-LV-040), signed by police. / Remplacement d'un permis perdu – Joindre une Déclaration de remplacement (SR-LV-040) dûment remplie, signée par la police.
- Replacing Stolen Permit - Please attach a completed Replacement Declaration (SR-LV-040), signed by police. / Remplacement d'un permis volé – Joindre une Déclaration de remplacement (SR-LV-040) dûment remplie, signée par la police.
- Change of information/Modification de renseignements

Permit No. (if applicable)/N° du permis (s'il y a lieu)

Legal Last Name of Applicant

Nom de famille officiel de l'auteur de la demande

Legal First Name/Prénom officiel

Middle Initial/Initiales

Street No. and Name or Lot, Con. and Twp./N° et rue ou lot, conc., canton

Apt. No./N° d'app.

City, Town or Village/Ville, village

Prov.

Postal Code/Code postal

Date of Birth/Date de naissance

Sex/Sexe

Tel. No. (optional) /N° de tél. (facultatif)

Permit Type/Genre de permis

Passenger Permit Only
Permis pour passager
seulement

OR
OU

Passenger/Driver Permit.
If checked, applicant must provide driver's licence number below.
Permis pour passager ou conducteur. Si cette case est cochée, l'auteur de
la demande doit indiquer son numéro de permis de conduire ci-dessous.

Declaration/Déclaration

I authorize the release of health information for the completion of this form to the Ministry of Transportation and its agent, ServiceOntario.
J'autorise la divulgation de renseignements sur la santé pour le présent formulaire au ministère des Transports et à son mandataire,
ServiceOntario.

Signature of Applicant or Legal Guardian

Signature de l'auteur de la demande ou du
tuteur légal

Y/A M D/J

Date

It is a serious offence to make a false statement on this form. / Toute fausse déclaration faite sur le présent formulaire constitue une infraction grave.

Part B - Health Information - To be completed by an Authorized Regulated Health Practitioner.

Partie B – Renseignements sur la santé – À remplir par un praticien de la santé réglementé autorisé

Instructions: Health practitioners must complete sections 1, 2 and 3 on reverse. / Les praticiens de la santé doivent remplir les sections 1, 2 et 3 au verso.

Health documents filed in support of this application are privileged - subject to the confidentiality provisions of the Freedom of Information and Protection of Privacy Act. / Les documents relatifs à la santé qui accompagnent la présente demande sont assujettis aux dispositions portant sur la confidentialité de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Ensure you keep a copy for your records. / Veuillez garder une copie pour vos dossiers.

Section 1 - Assessment of Health Conditions / Évaluation du problème de santé

- A** Who cannot walk without assistance of another person or a brace, cane, crutch, a lower limb prosthetic device or similar assistive device or who requires the assistance of a wheelchair./Personne ne pouvant marcher sans l'aide d'une autre personne ou d'un appareil orthopédique, d'une canne, d'une béquille, d'une prothèse du membre inférieur ou d'un appareil fonctionnel semblable, ou qui se déplace en fauteuil roulant.
- B** Who suffers from lung disease to such an extent that forced expiratory volume in one second is less than 1 litre./Personne souffrant d'une maladie pulmonaire au point où le volume expiratoire maximal par seconde est inférieur à 1 litre.
- C** For whom portable oxygen is a medical necessity./Personne qui doit utiliser un appareil portatif d'oxygénothérapie.
- D** Cardiovascular disease impairment classified as Class III or Class IV to standards accepted by the American Heart Association or Class III or IV according to the Canadian Cardiovascular Standard./Personne souffrant d'insuffisance cardiaque de catégorie III ou IV selon les normes de l'American Heart Association, ou de catégorie III ou IV selon les normes de la Société canadienne de cardiologie.
- E** Who is severely limited in the ability to walk due to an arthritic, neurological, musculoskeletal or orthopedic condition./Personne présentant une incapacité ambulatoire de nature arthritique, neurologique, musculosquelettique ou orthopédique.
- F** Whose visual acuity is 20/200 or poorer in the better eye with or without corrective lenses or whose greatest diameter of the field of vision in both eyes is 20 degrees or less./Personne ayant une acuité visuelle de 20/200 ou moins dans son œil fort, et ce, avec ou sans lentilles ophtalmiques, ou dont le diamètre maximal du champ de vision des deux yeux est de 20 degrés ou moins.
- G** Who has a condition or conditions or functional impairment that severely limits his or her mobility./Personne ayant un problème de santé ou une déficience fonctionnelle qui restreint grandement sa mobilité.

Section 2 - Status of Condition / Section 2 - Nature du problème de santé

Check only ONE condition./ Cocher UNE seule case.

- Permanent/Permanent
- Subject to Change/Susceptible de changer/(Requires health reassessment in 5 years/Exige une réévaluation dans cinq ans)
- Temporary Condition; estimated length of the condition in number of months (maximum 12 months). _____
Problème temporaire; durée estimative du problème en mois (maximum de 12 mois).

Section 3 - Regulated Health Practitioner Information / Section 3 - Renseignements sur le praticien de la santé réglementé

I certify that the applicant meets the necessary eligibility requirements as listed above./J'atteste que l'auteur de la demande remplit les exigences d'admissibilité énumérées ci-dessus.

Regulated Health Practitioner's College Number/Numéro attribué au praticien de la santé réglementé par son ordre

Telephone No/N° de téléphone

Fax No./N° de télécopieur

--	--	--

Signature of Regulated Health Practitioner/Signature du praticien de la santé réglementé

Date

Y/A M D/J

--	--

I am registered with:/Je suis inscrit auprès de :

- College of Physicians & Surgeons of Ontario//Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- College of Occupational Therapists of Ontario//Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario
- College of Physiotherapists of Ontario//Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario
- College of Chiropractors of Ontario//Ordre des chiropraticiens de l'Ontario
- College of Nurses of Ontario - Registered Nurse (Extended Class)//Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario - Infirmière autorisée (catégorie spécialisée)
- College of Chiropodists of Ontario - Chiropodists and Podiatrists//Ordre des podologues de l'Ontario

Please Print or Stamp Name & Address of Regulated Health Practitioner / Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller le nom et l'adresse du praticien de la santé réglementé

Information in this form is collected under the authority of the Highway Traffic Act and is used to evaluate the eligibility of the applicant to obtain the Disabled Person Parking Permit. If you have any questions about the collection, use and disclosure of your personal information, please contact the Freedom of Information and Privacy Coordinator, Ministry of Government Services, 777 Bay Street - Suite 501, Toronto, ON M7A 2J3, 416-326-8470. Direct other inquiries to ServiceOntario, Driver and Vehicle Licensing Contact Centre at 416-235-2999. Outside the Greater Toronto Area, call 1-800-387-3445 or visit www.ServiceOntario.ca.

Les renseignements du présent formulaire sont recueillis en vertu du Code de la route et servent à déterminer l'admissibilité de l'auteur de la Demande de permis de stationnement pour personnes handicapées. Si vous avez des questions au sujet de la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée, ministère des Services gouvernementaux, 777, rue Bay, bureau 501, Toronto ON M7A 2J3, 416 326 8470. Veuillez adresser les autres demandes de renseignements au Centre d'appels pour les conducteurs - ServiceOntario au 416 235-2999. Pour les régions de l'extérieur du grand Toronto, veuillez composer le 1 800 387-3445 ou vous rendre à www.ServiceOntario.ca.

Office Use Only/Réservé au bureau

Head Office Use Only/Réservé au bureau central

Office No.	Op. No.	Business Date	Temp. Permit Issued?	Temporary Permit No.(SR-LV-133)	Previous M.F. No.
		Y M D	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		