

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: Ministry of Transportation, P.O. Box 9800, Kingston, Ontario K7L 5N8. / Présenter la demande à un Bureau de l'immatriculation et des permis de conduire ou la faire parvenir à: Ministère des Transports, C.P 9800, Kingston, Ontario K7L 5N8.

Applicant Information/Renseignements sur l'auteur de la demande

To be completed by applicant. / À remplir par le demandeur.

- Applying for the first time. / Faire une première demande.
 Re-certifying an existing permit. / Renouveler un permis.
 Replacing a lost permit. / Remplacer un permis perdu.
 Replacing a stolen permit. / Remplacer un permis volé.
 Requesting a change of information. / Faire une demande de modification des renseignements.

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

Last Name / Nom de famille

First Name / Prénom

Middle Initial / Initiales

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

Apt. No. / App. n°

City, Town or Village / Ville, village

Prov.

Postal Code / Code postal

Date of Birth / Date de naissance

Sex / Sexe

Tel. No. (optional) / N° de tel. (optional)

Passenger Only
Passager seulement

OR/OU

Ontario Driver's Licence No. (if applicable)
N° du permis de conduire de l'Ontario (s'il y a lieu)

Declaration/Déclaration

I authorize the release of the medical information for the completion of this form to the Ministry of Transportation. / J'autorise la divulgation de renseignements médicaux au ministère des Transports.

Signature of Applicant / Signature du demandeur Date

Under the Highway Traffic Act (HTA), the maximum penalty for making a false statement is \$5,000. / En vertu du Code de la route, la peine maximale en cas de fausse déclaration est une amende de 5,000 \$.

Regulated Health Practitioner Information / Information au sujet du membre d'une profession de la santé réglementée

I am registered with: / Je suis inscrit à:

- College of Physicians & Surgeons of Ontario (CPSO) / l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO)
 College of Occupational Therapists of Ontario (COTO) / l'Ordre des ergothérapeutes de l'Ontario (OEO)
 College of Physiotherapists of Ontario (CPO) / l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario (OPO)
 College of Chiropractors of Ontario (CCO) / l'Ordre des chiropraticiens de l'Ontario (OCO)
 College of Nurses of Ontario (CNO) - Registered Nurse (Extended Class) [RN(EC)] / l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) - Infirmière autorisée (catégorie spécialisée) [IA(cat. spéc.)].

Please Print or Stamp Name & Address of Regulated Health Practitioner / Veuillez écrire en caractères d'imprimerie ou apposer votre sceau nom et adresse du membre d'une profession de la santé réglementée

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

Medical Information - Complete ONLY Section 1 or Section 2/Renseignements médicaux - Ne remplir QUE la section 1 ou la section 2

Medical information is to be filled out by a Canadian Regulated Health Practitioner. Medical documents filed with the ministry are privileged - subject to the confidentiality provisions of the Freedom of Information and Protection of Privacy Act./Les renseignements médicaux seront remplis par un membre canadien d'une profession de la santé réglementée. Les documents médicaux déposés auprès du ministère sont à l'usage exclusif de celui-ci et sont sujets aux dispositions sur la confidentialité énoncées dans la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée.

Section 1 - Temporary Disabling Condition/Section 1 - Incapacité Temporaire

Specify estimated length of the condition in number of months (maximum 24 months).
Estimer la durée de l'incapacité en mois (maximum de 24 mois).

Status of Condition:/État de la personne: Temporary Disabling Condition (ex. broken leg)/Incapacité temporaire (p.ex. jambe fracturée)

Section 2 - Permanent or Subject to Change Conditions (5 year renewal period)/Section 2 - État permanent ou sujet à changement (valide pour une période de 5 ans)

- 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./Toute 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'une aide à la locomotion 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./Toute 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./Toute 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./Toute personne souffrant d'insuffisance cardiaque de classe III ou IV selon les normes de l'American Heart Association, ou de classe III ou IV selon les normes de la Société Cardiovasculaire Canadienne.
- E** Who is severely limited in the ability to walk due to an arthritic, neurological, musculoskeletal or orthopedic condition./Toute 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./Toute personne ayant une acuité visuelle de 20/200 ou moins dans son œil fort, et ce, avec ou sans lentilles optiques, ou dont le diamètre maximal du champ de vision des deux yeux est de moins de 20 degrés.
- G** Who has a condition or conditions or functional impairment that severely limits his or her mobility./Toute personne présentant une altération fonctionnelle qui restreint grandement sa mobilité.

Status of Condition:/État de la personne: Permanent/Permanent Subject to Change/Sujet à changement

Medical Certification/Certification médicale

I certify that the applicant meets the necessary eligibility requirements as listed above./Je certifie que le demandeur est admissible en vertu des exigences énumérées ci-dessus.

Regulated Health Practitioner's Reg./Lic.No./N° d'inscription/de permis du membre d'une profession de la santé réglementée. Telephone No./N° de téléphone Fax No./N° de facsimile

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Signature of Regulated Health Practitioner/Signature d'un membre d'une profession de la santé réglementée Date

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. Direct enquiries to: Supervisor, Driver & Vehicle Call Centre, Licensing Administration Office, Licensing Services Branch, Bldg. A, 2680 Keele Street, Downsview, Ontario M3M 3E6. Toronto (416) 235-2999, Outside Metro Toronto 1-800-387-3445 or visit the website at www.mto.gov.on.ca./Les renseignements indiqués sur le présent formulaire sont recueillis en vertu du Code de la route et seront utilisés pour déterminer si le demandeur est admissible à un permis de stationnement pour personnes handicapées. Pour tout renseignement, écrivez au Supérieur, Unité de renseignements, Direction des services de délivrance des permis et d'immatriculation, 2680, rue Keele, édifice A, Downsview (Ontario) M3M 3E6 ou appelez au 416 235-2999. À l'extérieur du Grand Toronto, composez le 1 800 387-3445 ou consultez le site www.mto.gov.on.ca.

Office Use Only/Réserve au bureau				Head Office Use Only/Head Office Use Only	
Office No.	Op. No.	Business Date	Temp. Permit Issued?	Temporary Permit No.(SR-LV-133)	Previous M.F. No.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>