

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)

- 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.

	Y/A	M	D/J
Signature of Applicant or Legal Guardian / Signature de l'auteur de la demande ou du tuteur légal	Date		

Under provincial legislation, the penalty for making a false statement may include a fine and/or imprisonment and/or a driver's licence suspension.
Selon les lois provinciales, toute fausse déclaration est passible d'amende, d'emprisonnement ou de suspension de permis de conduire.

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.

