

Legal Last Name of Applicant _____ Legal First Name _____
 Nom de famille officiel de l'auteur de la demande _____ Prénom officiel _____
 Name required only if application form has been printed in a 2-page format / Le nom est requis uniquement si formulaire de demande a été imprimé dans un format de deux pages.

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 optalmiques, 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature of Regulated Health Practitioner/Signature du praticien de la santé réglementé		Date
<input type="text"/>		<input type="text"/> Y/A <input type="text"/> M <input type="text"/> D/J

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

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

Information in the 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 questions about the collection and use of your personal information collected on this form, please call the Supervisor, ServiceOntario at 416 235-2999 or 1800 387-3445 or write to the Supervisor, Ministry of Transportation, Licensing Administration Office, Main Floor, Building A, 1201 Wilson Ave., Downsview, Ontario, M3M 1J8. Direct general inquiries to ServiceOntario at 416 235-2999, 1 800 387-3445 or visit www.ServiceOntario.ca./ Les informations du formulaire sont recueillies en vertu du Code de la route servant à déterminer l'admissibilité de l'auteur de la Demande de permis de stationnement pour personnes handicapées. Si vous avez des questions sur la collecte et l'utilisation des renseignements personnels fournis dans le présent formulaire, veuillez téléphoner au Superviseur, ServiceOntario au 416 235-2999 ou 1 800 387-3445 ou écrire au Superviseur, ministère des Transports, Bureau d'administration des permis, rez-de-chaussée, édifice A, 1201, avenue Wilson, Downsview ON M3M 1J8. Pour obtenir des renseignements généraux, veuillez communiquer avec ServiceOntario au 416 235-2999 ou 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.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Y <input type="text"/> M <input type="text"/> D	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>		