TINGSHOLMS GYMNASIET

ULRICEHAMNS KOMMUN

ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG

Datum_____

Skickas till kommunens handläggare:

Tingsholmsgymnasiet
Ewa Goliat
523 86 ULRICEHAMN

_____ _____
Efternamn o förnamn **Personnummer**

_____ _____
Bostadsadress **Telefonnummer**

_____ _____
Postnr och ortsnamn **Bankens namn o ort** **Kontonr(inkl clearingnr)**

_____ _____
Skolans namn **Skolort**

_____
Utbildning(kurs, program) **Årskurs** **Klass**

Tid för vilken inackorderingstillägg söks

☐ **Hela höstterminen** ☐ **Del av höstterminen, fr o m_____**

☐ **Hela vårterminen** ☐ **Del av vårterminen, fr o m _____**

Elevens inackorderings-adress:

_____ _____
c/o **Telefonnr**

_____ _____
Adress **Postnr och ortsnamn**

Orsak till Inack-ordering

Ange varför du är inackorderad och söker inackorderingstillägg

☐ **Utbildningen finns inte på min hemort**
☐ **Jag är elev vid godkänt idrottsgymnasieum Gren:_____**
☐ **Har ej blivit antagen till motsvarande utbildning i hemkommunen**
☐ **Mina föräldrar har flyttat till annan ort**
☐ **Föräldrarna bor utomlands** ☐ **Jag praktiserar hos: _____**
☐ **Av följande skäl: _____**

Reseavstånd (inkl gångavstånd) färdväg och färdsätt mellan hemmet och skolan. Uppgift skall lämnas för varje kommunikationsmedel för sig, även för färdsträcka som saknar allmänna kommunikationsmedel.

Färdväg från – till	Färdsätt buss,tåg, gång etc	Busslinje nummer	Antal km enkel väg

Skulle du behöva resa denna väg minst fyra dagar under en tvåveckorsperiod om du inte var inack-orderad.

☐ **Ja** ☐ **Nej**

VÄND

Restid

Anges endast om reseavståndet är mindre än 40 km

Till skolan — **Tim och min**

Jag lämnar hemmet kl_____ **Restid med allmänna kommunikationer_____**

Ord skoldag börjar kl_____ **Gångtid (för färdsträcka som saknar allmänna kommunikationer)** _____

Väntetid _____

Från skolan

Ord. skoldag slutar kl_____ **Restid med allmänna kommunikationer_____**

Jag anländer hem kl_____ **Gångtid(för färdsträckan som saknar allmänna kommunikationer)** _____

Väntetid _____

Summa restid per dag _____

Skulle du ha denna restid minst fyra dagar per tvåveckorsperiod om du inte var inackorderad
☐ **Ja** ☐ **Nej**

Utbetalnings-adress

Till vårdnadshavare som ansvarar för inackorderingskostnaderna (v g texta)

_____ _____
Namn och personnr **Telefon nr**

_____ _____
Bostadsadress **Bankens namn o ort**

_____ _____
Postnummer och ortsnamn **Kontonr (inkl cleringsnr)**

Underskrift av myndig elev eller vårdnadshavare

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga. Jag är medveten om återbetalningsskyldigheten vid felaktigt mottaget inackorderingstillägg samt att jag har tagit del av informationen som medföljer blanketten.

_____
Datum **Namnunderskrift** **Telefonnr**

Yttrande av Gymnasieskolan

Eleven har startat sin gymnasieutbildning
☐ **Ja** **Datum_____**

Anm._____

_____
Skolans handläggare

Beslut av hemkommunen

Ansökan om inackorderingstillägg

☐ **beviljas för tiden Ht_____ - Vt_____**

med kronor:_____/månad

☐ **avslås, motivering_____**

Datum_____

Underskrift_____