

**ANSÖKAN OM
INACKORDERINGSTILLÄGG**

Skickas till kommunens handläggare:

Tingsholmsgymnasiet

Ewa Goliat

523 86 ULRICEHAMN

Datum _____

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
sökts 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 _____

Ange varför du är inackorderad och söker inackorderingstillägg

Orsak till
Inack-
ordering 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 färdväg mellan hemmet och skolan.

Uppgift skall lämnas för varje kommunikationsmedel för sig, även för färdsträcka som saknar allmänna kommunikationsmedel.

Färdväg

Färdväg

Busslinje

Antal km

från – till

buss,tåg, gång etc

nummer

enkel väg

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

 Ja Nej

VÄND

Restid**Till skolan**

Tim och min

Anges endast
om reseav-
ståndet är
mindre än
40 km

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 NejUtbetalnings-
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) _____

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.

Underskrift av
myndig elev
eller vårdnads-
havare

Datum _____

Namnunderskrift _____

Telefonnr _____

Yttrade av
Gymnasie-
skolan

Eleven har startat sin gymnasieutbildning

 Ja Datum _____

Anm. _____

Skolans handläggareBeslut av
hem-
kommunen

Ansökan om inackorderingstillägg

 beviljas för tiden Ht _____ - Vt _____

med kronor: _____ /månad

 avslås, motivering _____

Datum _____

Underskrift _____