

**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  
från – tillFärdväg  
buss,tåg, gång etcBusslinje  
nummerAntal km  
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 handläggare**Beslut av  
hem-  
kommunen

Ansökan om inackorderingstillägg

 beviljas för tiden Ht \_\_\_\_\_ - Vt \_\_\_\_\_

med kronor: \_\_\_\_\_ /månad

 avslås, motivering \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_