

Ansökan om inackorderingstillägg

Efternamn, förnamn		Personnummer (10 siffror)
Adress		Telefonnummer
Postnummer och ort		
Skolans namn	Skolort	
Utbildning (kurs, program)	Årskurs	Klass

Studietid första terminen ansökan avser

Från och med (år, månad, dag)	Till och med (år, månad, dag)	<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid	Studier vid komvux, ange antal poäng
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Studietid andra terminen ansökan avser

Från och med (år, månad, dag)	Till och med (år, månad, dag)	<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid	Studier vid komvux, ange antal poäng
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Tid för vilken inackorderingstillägg söks

Hela höstterminen <input type="checkbox"/>	Del av höstterminen <input type="checkbox"/>	Från och med	Till och med	Hela vårterminen <input type="checkbox"/>	Del av vårterminen <input type="checkbox"/>	Från och med	Till och med
---	---	--------------	--------------	--	--	--------------	--------------

Elevens inackorderingsadress

C/o	Telefonnummer
Adress	Postnummer och ort

Orsak till inackordering

Ange varför eleven är inackorderad och söker inackorderingstillägg

<input type="checkbox"/> Utbildningen finns inte på hemorten	<input type="checkbox"/> Elev vid godkänt idrottsgymnasium
--	--

Resevstånd

Inklusive 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	Till	Färdväg	Linje nummer	Antal kilometer enkel väg

Restid

Anges endast om reseavståndet är mindre än 40 kilometer.

Till skolan	Lämnar hemmet klockan	Ordinarie skoldag börjar	Restid med allmänna kommunikationer (timmar och minuter)	Gångtid (timmar och minuter)	Väntetid (timmar och minuter)	Summa restid till skolan per dag
Från skolan	Lämnar skolan klockan	Ordinarie skoldag slutar	Restid med allmänna kommunikationer (timmar och minuter)	Gångtid (timmar och minuter)	Väntetid (timmar och minuter)	Summa restid från skolan per dag
						Total restid per dag

Utbetalningsadress

Namn på ansvarig för inackorderingskostnaderna		
Adress	Postnummer och ort	
Bank	Clearingnummer	Kontonummer

Underskrift förälder/förmyndare/myndig elev

För omyndig elev intygas att lämnade uppgifter i ansökan är fullständiga och sanningsenliga och att ansökan lämnas med mitt samtycke. För myndig elev intygas att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift förälder/förmyndare/myndig elev	Telefonnummer
-------	---	---------------

Elevs försäkran och underskrift

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga.

Datum	Underskrift elev	Telefonnummer
-------	------------------	---------------

Övriga upplysningar

--

Beslut i hemkommunen

Ansökan om inackorderingstillägg

<input type="checkbox"/> Beviljas under tiden _____ - _____ med _____ kronor per månad	
<input type="checkbox"/> Avslås med följande motivering _____ _____	
Datum	Underskrift

Blanketten sänds till

Lerums kommun
Sektor lärande
443 80 LERUM