vännäs

ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG

Gymnasial utbildning läsåret ____ - ____

Ifylles av sökande

Ansökan till: Barn- och utbildningsförvaltningen, 911 81 VÄNNÄS

PERSONUPPGIFTER

Elevens efternamn	Förnamn	Telefon	Personnummer
			-

Hemortsadress	Postnummer	Adressort	Ange avstånd hem - skola

Inackorderingsadress	Postnummer	Adressort

Namn på den till vilken inackorderingstillägget ska utbetalas (om annan än eleven)

Utdelningsadress för den till vilken inackorderingstillägget ska utbetalas	Postnummer	Adressort

Uppgift om bank och bankkonto eller eget postgiro till vilket utbetalningen önskas

UTBILDNING

Skolans namn	Skolort	Utbildning (linje, kurs e.dyl.)	Årskurs	Klass

UPPGIFTER OM INACKORDERINGSTID OCH ORSAK

Tid för vilken inackorderings-tillägg sökes

☐ Hela höstterminen ☐ Del av höstterminen fr o m _____ t o m _____

☐ Hela vårterminen ☐ Del av vårterminen fr o m _____ t o m _____

Orsak till inackorde-ringen

Ange varför du är inackorderad och söker inackorderingstillägg. Sätt kryss i lämplig ruta

☐ Den utbildning som jag ska gå finns inte på min hemort (resavstånd hemort - skola är minst 40 km)

☐ Jag har inte blivit antagen till motsvarande utbildning på min hemort

☐ Mina föräldrar bor utomlands

☐ Annat skäl (ange skälet nedan eller i bilaga)

_____

_____

_____

☐ Jag är elev vid idrottsgymnasium. Idrottsgren _____

☐ Mina föräldrar har flyttat till annan ort Datum: _____

Jag bor kvar för att fullfölja utbildningen

☐ Jag praktiserar. Ange plats _____

Restid

Ifylls av den som har kortare rese-avstånd än 40 km mellan hemort och skola

Till skolan

Jag lämnar hemmet kl _____

Ordinarie skoldag börjar kl _____

	Timmar	Minuter
Restid med allmänna kommunikationer		
Gångtid (för sträcka som saknar allmänna kommunikationer)		
Väntetid		

Från skolan

Ordinarie skoldag slutar kl _____

Jag anländer hem kl _____

	Timmar	Minuter
Restid med allmänna kommunikationer		
Gångtid (för sträcka 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

Underskrift ***Härmed försäkras att uppgifterna är riktiga och att resetillägget för dagliga resor ej söks. Jag har tagit del av den information som medföljer blanketten,***

Datum	Namnunderskrift	Namnunderskrift målsman (om eleven ej är myndig)

Sökanden är skyldig att till Barn- och utbildningskontoret i hemkommunen anmäla ändringar som påverkar inackorderingstillägget. För mycket utbetalt inackorderingstillägg kan komma att återkrävas.

Namnförtydligande målsman

Ansökan sänds till: Barn- och utbildningsförvaltningen, 911 81 VÄNNÄS

Ifylles av handläggare vid skolförvaltningen

INACKORDERINGSTILLÄG BEVILJAS	ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG AVSLÅS:
☐ ht _____ mån à _____	_____
☐ vt _____ mån à _____	_____

Beslutsdatum _____ Signatur _____