



# INACKORDERINGSTILLÄGG

Lämnas in senast 31 augusti

Orsak till inackordering	Ange varför du är inackorderad och söker inackorderingstillägg <input type="checkbox"/> Jag har inte erhållit något färdbevis (busskort) <input type="checkbox"/> Den utbildning som jag ska gå finns inte på min hemort <input type="checkbox"/> Jag är elev vid idrottsgymnasium som godkänts av Skolverket <input type="checkbox"/> Annat skäl .....			
Rese- avstånd m m  <b>Uppgift måste alltid lämnas!</b>	Uppge reseavståndet (inkl gångavstånd), färdväg och färd sätt mellan föräldrahemmet och skolan. Uppgift ska lämnas för varje kommunikationsmedel för sig. Lämnas även uppgift om färdsträcka som saknar allmänna kommunikationsmedel.			
	Färdväg , från –till	Färd sätt (buss, tåg, gång, etc)	Busslinje nr	Antal km enkel väg
Skulle du ha denna restid minst fyra dagar under en tvåveckorsperiod om du inte var inackorderad? Ja                      Nej				

Restid m m  <b>Anges endast om reseavståndet är mindre än 40 km</b>	Till skolan	Restid med allmänna kommunikationer (timmar och minuter)	
	Jag lämnar hemmet kl .....	Gångtid (färdsträcka som saknar allmänna kommunikationer)	
	Ordinarie skoldag börjar kl .....	Väntetid	
	Från skolan	Restid med allmänna kommunikationer (timmar och minuter)	
	Ordinarie skoldag slutar kl .....	Gångtid (färdsträcka som saknar allmänna kommunikationer)	
	Jag anländer hem kl .....	Väntetid	
	<b>Summa restid per dag:</b>		
Skulle du ha denna restid minst fyra dagar under en tvåveckorsperiod om du inte var inackorderad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Studieintyg	Eleven har påbörjat sina studier vid ..... Skolans namn                      Skolans telefonnummer ..... Ort och datum                      Underskrift av skolans företrädare <span style="float: right;">Skolans stämpel</span>		

# INACKORDERINGSTILLÄGG

Lämnas in senast 31 augusti

Betalningsmottagare	..... Betalningsmottagare	..... Bankens namn och ort
		..... Kontonummer
Vårdnadshavare/ Förmyndares underskrift	För omyndig elev intygas att lämnade uppgifter i ansökan är fullständiga och sanningsenliga. I händelse av avbruten studiegång eller att inackorderingen upphör föreligger återbetalningsskyldighet.	
	Datum	Vårdnadshavare/förmyndares namnunderskrift
	Personnummer (10 siffror)	Telefonnummer
Elevens för- och säkran namnunder- skrift	Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga:	
	Datum	Elevens underskrift

Beslut	<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag	Handläggares namn
	Utbetalas kr/månad	Under tiden
	Beslutsdatum	Beslutandes underskrift