



Ansökan om stöd till inackordering

Elevens personuppgifter

Namn	Personnummer (ååmmdd-xxxx)
Postadress	Telefon hemnr./mobilnr.
Postnr och ortsnamn	Medborgarskap <input type="checkbox"/> svenskt <input type="checkbox"/> Utländskt

Utbildning

Program, årskurs	Skolans namn	Skolort
Reseavstånd mellan folkbokföringsadressen och skolan	Antal km:	

Tid för vilken stöd till inackordering söks

<input type="checkbox"/> Hela höstterminen	<input type="checkbox"/> Del av höstterminen	fr.o.m	t.o.m
<input type="checkbox"/> Hela vårterminen	<input type="checkbox"/> Del av vårterminen	fr.o.m	t.o.m

Elevens inackorderingsadress.

c/o Adress	Postnr och ortsnamn
------------	---------------------

Restid anges endast om reseavståndet är mindre än 45 km och restiden är längre än två timmar per dag

Lämna en redogörelse över färdstätt och väntetider nedan.

Jag lämnar hemmet kl. _____ ord.skoldag. Ord.skoldag slutar kl. _____	Anländer hem kl. _____
Restid med allmänna kommunikationer, tim och min _____	Väntetid tim och min _____
Gångtid, för färdsträcka som saknar allmänna kommunikationer, tim och min _____	Summa restid per dag _____

Bank som stödet till inackordering skall överföras till:	Clearingnr:	Kontonr:
--	-------------	----------

Härmed intygas att lämnade uppgifter i ansökan är fullständiga och sanningsenliga. För omyndig elev ansöker vårdnadshavare.

Ort	Datum
-----	-------

Underskrift elev

Underskrift Vårdnadshavare 1	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	Tel.nr
------------------------------	----------------------------	--------

Underskrift Vårdnadshavare 2	Personnummer (ååmmdd-xxxx)	Tel.nr
------------------------------	----------------------------	--------

Ifylles av handläggare	HT	Antal månader	Belopp	VT	Antal månader	Belopp
Övrigt _____				Datum _____		
Avslag, motivering _____				Sign. _____		

OBS. Skolans stämpel och intyg om att eleven påbörjat sina studier den terminen det gäller måste skickas in innan utbetalning sker.