

# Ansökan om inackorderingsbidrag

## Personuppgifter

Efternamn och förnamn
Personnummer (10 siffror)
Telefon (även mobiltelefon)
Hemortsadress
Kommun där eleven är folkbokförd
Elevens inackorderingsadress (måste anges)

## Vårdnadshavare samt betalningsmottagare

Vårdnadshavarens namn och personnummer
Vårdnadshavarens adress
Betalningsmottagare om annan än vårdnadshavaren (ange <b>inte</b> kontonummer på denna blankett, tala med Swedbank)

## Studier

Studieort	Program/Kurs	Årskurs
Skolans namn		

### Studietid höstterminen

År	Mån	Dag	–	År	Mån	Dag
----	-----	-----	---	----	-----	-----

### Omfattning

<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid
---------------------------------	---------------------------------

### Studietid vårterminen

År	Mån	Dag	–	År	Mån	Dag
----	-----	-----	---	----	-----	-----

### Omfattning

<input type="checkbox"/> Heltid	<input type="checkbox"/> Deltid
---------------------------------	---------------------------------

## Inackorderingstid

<input type="checkbox"/> Inackorderingsbidrag söks för höstterminen	<input type="checkbox"/> Inackorderingsbidrag söks för vårterminen
<input type="checkbox"/> Inackorderingsbidrag söks för annan tidsperiod:	

## Inackordering p g a praktik

Praktikplats
Praktikperiod

## Orsak till inackordering

Avstånd i km hemort – utbildningsort (enkel resa):

**Nedanstående anges endast om reseavståndet är mindre än 40 km**

Total restid minst 2 timmar inkl ev gång- och väntetid per dag

**Till skolan;** restid: **Från skolan;** restid:

gångtid:

gångtid:

väntetid:

väntetid:

**Totalt:**

Mina föräldrar har flyttat till annan ort (datum) . Jag bor kvar för att fullfölja utbildningen.

Mina föräldrar bor utomlands.  Annat skäl, ange i bilaga

## Sökandens underskrift

Försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga och att resebidrag för dagliga resor ej söks. Jag har även tagit del av den information som medföljer blanketten om återbetalningsskyldighet om ändrade förhållanden inte anmäls.

Namnteckning av sökande	Namnförtydligande sökande	Datum
Namnteckning vårdnadshavare 1	Namnförtydligande vårdnadshavare 1	Datum
Namnteckning vårdnadshavare 2	Namnförtydligande vårdnadshavare 2	Datum

Denna ansökan är undertecknad av:

Myndig elev    Ensamstående vårdnadshavare    Båda vårdnadshavarna    Särskild förordnad förmyndare

## Intyg från skolan

Gymnasieskolan är en Kommunal skola

<b>Härmed intygas att eleven är inskriven och ej kvitterat ut busskort</b>		Skola	
Skolans adress	Postnr	Postadress	Telefon (även riktnr)
Befattning	Namnteckning		Skolans stämpel

<b>Beslut</b>	<b>Ansökan om inackorderingsbidrag</b> beviljas                      avslås	<b>HT</b>	<b>VT</b>
		Antal mån      Belopp	Antal mån      Belopp
	Motivering vid avslag:		
	Datum	Handläggarens namnteckning	