



**BRINELLYMNASIET**  
NÄSSJÖ KOMMUN

## ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG

<b>Elevens personuppgifter</b>	Efternamn/Tilltalsnamn	Personnummer
	Bostadsadress	Telefon
	Postnummer/Ortnamn	Folkbokföringskommun
<b>Studier</b>	Skolans namn	Skolort
	Utbildning	Årskurs/Klass
<b>Studietid och omfattning</b>	Studietid den första termin som ansökan avser Fr o m                                  T o m	Omfattning <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
	Studietid den andra terminen som ansökan avser Fr o m                                  T o m	Omfattning <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid
<b>Tid för inackordering</b>	<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	
<b>Inackorderingsadress</b>	C/o	Telefon
	Bostadsadress	Postnummer/Ortnamn
<b>Orsak till inackordering</b>	Ange varför du söker inackorderingstillägg: <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"/> Jag praktiserar (ange plats) <input type="checkbox"/> Annat skäl	



# BRINELLYMNASIET

NÄSSJÖ KOMMUN

Restid	Till skolan	Må	Tis	Ons	Tors	Fre
Ange den restid du skulle ha haft om du inte var inackorderad *	Jag lämnar hemmet klockan:					
	Ordinarie skoldag börjar klockan:					
	<b>Från skolan:</b> Ordinarie skoldag slutar klockan:					
	Jag anländer hem klockan:					
	Gångväg hemmet - hållplats, antal km * Denna del behöver bara fyllas i om du inte har 40 km till skolan					
Reseavstånd m m	Uppge reseavstånd (inkl gångavstånd) färdväg och färdväg mellan föräldrahemmet och skolan. Uppgift ska lämnas för varje kommunikationsdel.					
Denna uppgift måste alltid lämnas	Färdväg, från – till		Färdväg (buss tåg, gång m m)	Busslinje nr	Antal km enkel väg	
	Gäller angiven färdväg minst fyra dagar under en tvåveckorsperiod? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
Elev under 18 år	Betalningsmottagare	Kontonummer och bank				
Förälders/ förmyndares underskrift	För <b>omyndig elev</b> intygas att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga. Om eleven fått inackorderingstillägg på felaktiga grunder blir betalningsmottagaren återbetalningsskyldig.					
	Datum	Förälders/Förmyndares underskrift			Kontonummer och bank	
	Personnummer	Telefonnummer				
Elevens försäkran och underskrift	Härmed försäkras jag att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga.					
	Datum	Elevens underskrift			Kontonummer och bank	
OBS!	Dina personuppgifter kommer att användas i ett dataregister.					
	<b>IFYLLES AV BARN- OCH UTBILDNINGSFÖRVALTNINGEN</b>					
	Bidrag		Fr o m	T o m		
	Datum		Beviljad/Avslag	Handläggare		