



Datum/...../.....

Ansökan lämnas till antagningskansliet i din hemkommun

Personuppgifterna i denna ansökan kommer att registreras i enlighet med PUL, Personuppgiftslagen § 25.

Elevens personuppgifter m m	Efternamn och förnamn		Personnummer 10 siffror		
	Bostadsadress		Telefonnummer med riktnummer		
	Postnummer och ort				
	Skolans namn		Skolort		
Uppgifterna kontrolleras mot samordnat person- och adressregister	Utbildning/program		Årskurs	Klass	
	Studietid				
Studietid den första terminen som ansökan gäller					
Fr.o.m. År mån dag T.o.m. År mån dag.....					
Studietid den andra terminen som ansökan gäller					
Fr.o.m. År mån dag T.o.m. År mån dag.....					
Elevens inackorderings adress	C/O Namn	Gatuadr	Datum för inflyttning	T	Telefonnummer
	Adress	Postnum	Postnummer	Ort Ort	Ort
Reseavstånd mellan föräldrahemmet och skolan/praktikplatsen		Restid			
_____ km		Avresa från hemmet (kl) _____ Ordinarie skoldag slutar (kl) _____			
		Ordinarie skoldag börjar (kl) _____ Anländer hem (kl) _____			
Övriga upplysningar					
Tid vilken inackorderingstillägg sökes	Hela höstterminen		Del av höstterminen fr o mt.o.m.		
	Hela vårterminen		Del av vårterminen fr o mt.o.m.		
Vårdnadshavare	Vårdnadshavarens namn		Vårdnadshavarens namn		
	Gatuadress		Gatuadress		
	Postnummer och ort		Postnummer och ort		
	Personnummer		Personnummer		

OBS ! ÄVEN BAKSIDAN IFYLLES

Orsak till inackordering	Ange varför Du är inackorderad och söker inackorderingstillägg.		
	<p>Reseavståndet hemmet – skola är minst 45 km</p> <p>Den utbildning jag ska gå finns inte på hemorten</p> <p>Jag har inte blivit antagen till motsvarande utbildning på min hemort</p> <p>Mina föräldrar bor utomlands</p> <p>Mina föräldrar har flyttat till annan ort den.....</p> <p>Jag bor kvar för att fullfölja utbildningen.</p> <p>Annat skäl - Ange orsak.....</p> <p>Jag praktiserar - Ange plats.....</p>	<p>Jag är elev vid idrottsgymnasium</p> <p>Idrottsgren.....</p>	
Härmed försäkras att uppgifterna är riktiga och att resetillägg/busskort för dagliga resor ej sökts. Jag har tagit del av den information som medföljer blanketten.			
Underskrift	Datum	Namnunderskrift sökanden	
	Datum	Namnunderskrift vårdnadshavare	Namnförtydligande vårdnadshavare

**sökanden är skyldig att till intagningskansliet anmäla ändringar som påverkar inackorderingstillägget.
För mycket utbetalt inackorderingstillägg kommer att återkrävas.**

<p>Skolmyndighetens anteckningar</p> <p>BESLUT om inackorderingstillägg läsåret.....</p> <p>Inackorderingstillägg beviljas medkr/mån fr o m.....t o m..... sammanlagt antal månader under läsåret.....</p> <p>Utbetalning sker via Swedbank senast den sista bankdagen varje beviljad månad.</p> <p>Sollefteå...../.....</p> <p>..... Beslutsfattare</p>	<p>BESLUT om inackorderingstillägg <u>avslås</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ÄNDRING AV BESLUT</p> <p>kr.....</p> <p>fr o mt o m.....</p> <p>fr o m.....t o m.....</p> <p>.....den.....</p> <p>.....</p> <p>..... Beslutsfattare</p>		
Stans sign	Datum	Stans sign	Datum

Ansökan skall skickas till:
Sollefteå Kommun
Antagningskansliet
881 80 Sollefteå