

Ansökan skickas till:

Ljusnarsbergs kommun
Inackorderingstillägg
Gruvstutorget
714 80 Kopparberg

Elevuppgifter

Namn		Personnummer	
Folkbokföringsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostaden	Folkbokföringskommun	E-post	

Studier och studietid

Skolans namn		Skolort	
Utbildning		Klass	Inflyttningsdag
Tid för vilken inackorderingstillägg söks <input type="checkbox"/> Hela HT <input type="checkbox"/> Del av HT from tom <input type="checkbox"/> Hela VT <input type="checkbox"/> Del av VT from tom			

Inackorderingsadress

Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Kopia på elevens hyreskontrakt eller första hyreskvitto måste sändas in för att utbetalning ska kunna göras			
<input type="checkbox"/> Hyreskontrakt	<input type="checkbox"/> Hyreskvitto	<input type="checkbox"/> Bifogas	<input type="checkbox"/> Insändes senast 10/9

Betalningsmottagare

Namn	Bank	Clearing - kontonummer
------	------	------------------------

Vårdnadshavare för omyndig elev

Namn		Personnummer	Namn		Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer	Ort	Utdelningsadress	
Telefon bostaden		Telefon arbete		Telefon arbete	

Orsak till inackordering

Ange varför du är inackorderad och söker inackorderingstillägg	
<input type="checkbox"/> Den utbildning jag går på finns ej på min hemort	<input type="checkbox"/> Kan inte nyttja allmänna kommunikationer
<input type="checkbox"/> Jag är elev på godkänt idrottsgymnasium. Idrottsgren	
<input type="checkbox"/> Jag praktiserar (ange praktikplats)	

Övrig information

--

Reseavstånd med mera (uppgiften måste alltid lämnas)

Uppge reseavstånd (inkl. gångavstånd) färdväg och färdstätt mellan föräldrahemmet och skolan. Uppgifterna ska lämnas för varje kommunikationsmedel för sig. Lämnä även uppgift om färdsträcka som saknar allmänna kommunikationsmedel.

Färdväg från hemmet till skolan	Färdstätt (buss, tåg, gång etc.)	Buslinje eller tåg - nr	Antal km enkel resa

Vårdnadshavarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Vårdnadshavarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

Elevens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
---------------	--------------

SKOLAN INTYGAR att eleven påbörjat den i ansökan sökta utbildningen. Avbrott i studierna meddelas per telefon 0580 - 804 93

Underskrift

Ort och datum	Befattning
Namnteckning	Namnförtydligande

Behandling av personuppgifter

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i ett dataregister. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i Dataskyddsförordningen (GDPR). Läs mer om hur Ljusnarsbergs kommun behandlar personuppgifter på www.ljusnarsberg.se/dataskydd.