

ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG



Skicka ansökan till:
Öckerö kommun
Annette Islander
Box 1063
475 22 Öckerö

Elevens personuppgifter

Namn	Personnummer

Adress	

Postadress	Telefon

Elevens inackorderingsadress

c/o

Adress

Orsak till inackordering

Vårdnadshavare för omyndig sökande

Båda föräldrarna Endast mor Endast far Särskild förordnad förmyndare/god man

Namn vårdnadshavare 1	Namn vårdnadshavare 2
_____	_____
Adress	Adress
_____	_____
Postnr, ortnamn	Postnr, ortnamn
_____	_____

Uppgifter om utbildningen

Skolans namn _____ **Skolor** _____

Utbildning (program, linje, kurs) _____ **Årskurs** _____

Studietid fr.o.m år, mån, dag _____ t.o.m år, mån, dag _____

Tid som Du är inackorderad

Hela höstterminen Del av höstterminen fr.o.m _____ t.o.m _____

Hela vårterminen Del av vårterminen fr.o.m _____ t.o.m _____

Intygande om inackordering

Härmed intygas att _____ (elevens namn)

är inackorderad hos mig/oss under tiden _____

Datum _____ **Underskrift** _____

Försäkran av myndig elev eller av förälder/vårdnadshavare

Vi/jag försäkrar att de uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga.

Vi/jag är medveten om att man inte har rätt till busskort när man beviljats inackorderingstillägg.

Vi/jag är medveten om anmälningsskyldighet vid ändrade förhållanden.

Förälders/förmyndares underskrift eller myndig elev underskrift

Datum **Underskrift** **Datum** **Underskrift**

Beslut

Bifall Avslag

Motivering

Datum **Underskrift**

Övrigt

BEGÄRAN OM KONTOINSÄTTNING VID BIFALL

Uppgifter om kontohavare

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	Telefon

Undertecknad önskar få utbetalning gällande inackorderingstillägg insatt på nedanstående konto:

Alt 1 Personkonto nr: _____

Alt 2 Plusgiro nr: _____

Alt 3 Konto i bank

Bankens namn: _____

Clearingnr: _____

Kontonummer: _____

Ort och datum

Underskrift

OBS! Ansökan skall inför vårterminen senast lämnas den 15:e februari och inför höstterminen senast den 15:e september.