

Läsår som ansökan avser		
Namn		Personnummer
Hemortsadress (Folkbokföringsadress)	Postnummer, ort	Telefon
Inackorderingsadress	Postnummer, ort	Telefon
Skolans namn		Skolort
Utbildning/Program		Avstånd i kilometer mellan hemorten och skolan
Restid. Anges bara om avståndet mellan hemmet och skolan är mindre än 44 km. Till skolan: Från skolan: Gångtid hemmet-bussen _____ Bussen avgår kl _____ Bussen avgår kl _____ Bussens ankomsttid _____ Gångtid bussen-hemmet _____		
Tid för vilken tillägget söks <input type="checkbox"/> Hela läsåret. <input type="checkbox"/> Annan tid, nämligen:		
Bankkonto dit tillägget ska utbetalas (med clearingnummer)		Bankens namn
Namn på kontoinnehavaren (om annan än eleven)		
Jag har haft inackorderingstillägg tidigare: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Övriga upplysningar		
Underskrift: Härmed försäkras att uppgifterna som lämnats på blanketten är riktiga . Jag har tagit del av informationen på baksidan av blanketten och vet att jag är skyldig att anmäla ändringar som kan påverka inackorderingstillägget. För mycket utbetalt tillägg kommer att återkrävas.		
Datum, underskrift av elev	Datum, underskrift av målsman för omyndig elev	

Ifylls av handläggaren

Inackorderingstillägg beviljas		Inackorderingstillägg avslås. Motivering:
HT - ____ mån á _____ kr VT - ____ mån á _____ kr		
Beslutsdatum	Signatur	