

**TORSBERGSGYMNASIET**

**ANSÖKAN OM INACKORDERINGSSTÖD  
GYMNASIAL UTBILDNING LÄSÅRET 2011/2012**

(Ny inackorderingsansökan inlämnas varje läsår)

**Elevens personuppgifter** texta tydligt

Efternamn	Förnamn	Personnummer	Tfn
Hemadress		Postnummer och ort	Folkbokföringskommun

**Utbildning**

Skolans namn	Skolort	Program/Klass	Årskurs
Inackorderingsadress (enligt bifogat hyreskontrakt)		Postnummer och ort	

**Inackorderingstid och orsak (sätt kryss)**

Tid för vilken bidrag sökes	<input type="checkbox"/> Hela höstterminen fr o m	<input type="checkbox"/> Del av höstterminen t o m
	<input type="checkbox"/> Hela vårterminen fr o m	<input type="checkbox"/> Del av vårterminen t o m
Orsak till inackordering	<input type="checkbox"/> Den utbildning jag skall gå finns inte på hemorten	
	<input type="checkbox"/> Jag är elev vid Idrottsgymnasium, ange idrottsgren .....	
	<input type="checkbox"/> Mina föräldrar bor utomlands	
	<input type="checkbox"/> Mina föräldrar har flyttat till annan ort, ange datum ..... och jag bor kvar för att fullfölja utbildningen	
	<input type="checkbox"/> Jag praktiserar, ange tid och plats .....	
<input type="checkbox"/> Annat skäl (ange skäl i bilaga till ansökan)		

**Reseavstånd m m (uppgiften måste alltid lämnas)**

Uppge reseavstånd inkl gångavstånd, färdväg och färdväg mellan föräldrahemmet och skolan

Färdväg från – till	Färdväg t ex buss, tåg, gång	Antal km enkel väg
Summa kilometer bostad – skola .....		
Restid (om avståndet hemmet – skolan är mindre än 45 km)	<b>Till skolan</b> Hemmet lämnas kl .....	<b>Från skolan</b> Ordinarie skoldag slutar kl .....
	Ordinarie skoldag börjar .....	Hemma kl .....
	Summa restid/dag: .....	
	Tim ..... min .....	

## TORSBERGSGYMNASIET

Jag försäkrar att uppgifterna är riktiga. Jag har tagit del av informationen i bilagan till blanketten. Sökanden är skyldig att till barn- och utbildningskontoret i hemkommunen anmäla ändringar som påverkar inackorderingsstöd. (Elev som beviljas inackorderingsstöd är skyldig att omgående återlämna ev utkvitterat busskort, återkrav).

## UNDERSKRIFT

Datum

Sökandens namnunderskrift

Målsmans underskrift (om eleven ej är myndig)

## BARN- OCH UTBILDNINGSKONTORETS ANTECKNINGAR

Inackorderingsstöd beviljas	Ansökan om inackorderingsstöd avslås p g a
<input type="checkbox"/> HT      MÅN      KR	
<input type="checkbox"/> VT      MÅN      KR	

Beslutsdatum	Sign
--------------	------

Inackorderingsstödet betalas ut sista bankdag i månaden.

Upplysningar: 0278-254 06 Inger Björklund

Ansökan skickas till:

**Torsbergsgymnasiet, Läroverksgatan 36, 821 33 BOLLNÄS**

Fax 0278-19470, e-post: inger.bjorklund@bollnas.se

OBS! Vid studier på Folkhögskolor, Fristående skolor och Riksinternatskolor söks inackorderingsstödet hos CSN.

*Överklagande av beslut ställes och insändes till Länsrätten i Gävleborgs län,  
Box 1093, 801 25 GÄVLE.*

Personuppgifter i denna ansökan kommer att registreras i enlighet med PUL, personuppgiftslagen, §25. Ytterligare information om detta hänvisas till personuppgiftsansvarig i din kommun.