



SJÖBO
KOMMUN

Ansökan om inackorderingsbidrag för gymnasieelever folkbokförda i Sjöbo kommun

Personuppgifter

Elevens efternamn	Elevens förnamn	Personnummer (10 siffror)
Elevens adress (gata, box, etc.)	Postnummer	Ortsnamn
Elevens hemkommun	Mobilnummer	Telefonnummer (även riktnr)
Inackorderingsadress	Postnummer	Ortsnamn
Bank	Clearingnummer	Kontonummer

Personuppgifter på den som inackorderingsbidraget ska utbetalas till **om eleven är omyndig**

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)
Bank	Clearingnummer	Kontonummer

Utbildning

Skolans namn	Skolort	Utbildning (program e d)	Årskurs
--------------	---------	--------------------------	---------

Ansökan

Ansökan avser Hela läsåret _____/_____	Del av läsår fr.o.m. _____ t.o.m. _____
A <input type="checkbox"/> Reseavståndet mellan föräldrahemmet och skolan är minst 45 km enkel resa.	Antal km enkel väg
B <input type="checkbox"/> Den sammanlagda restiden per dag är minst 3 timmar – ange färdväg och ev. gångtid/cykeltid till hållplats (5min/km fr.o.m. 4:e km). Använd reseplaneraren på www.skanetrafiken.se	

Färdväg Från:	Färdväg Till:	Färdväg	Busslinje nummer	Gång-/Cykelavstånd i km

Underskrift

Härmed försäkras att lämnade uppgifter är sanningsenliga. Jag har tagit del av bestämmelserna på anvisningsbladet och förbinder mig att återbetala/återlämna det bidrag som mottagits om studierna upphör, ej påbörjas eller om eleven på annat sätt ej längre uppfyller villkoren för bidrag.

Datum	Sökandes underskrift	Målsmans underskrift (om eleven är omyndig)
-------	----------------------	---

Beslut

<input type="checkbox"/> Inackorderingsbidrag beviljas med _____ kr/månad	Signatur
<input type="checkbox"/> Inackorderingsbidrag avslås med motivering: _____ _____	