



Blankettanvisning  
Ansökan skickas eller lämnas till:  
Sundlergymnasiet  
447 80 Vårgårda

Vårgårda kommun  
Sundlergymnasiet  
447 80 Vårgårda

### Elevens personuppgifter (Uppgifterna kontrolleras mot kommuninvånarregistret)

Namn	Personnummer	
Utdelningsadress på hemorten		
Postnummer och ort	Telefonnummer	Mobilnummer

### Elevens inackorderingsadress

C/O	Telefon
Utdelningsadress	
Postnummer och ort	

### Studier

Skolort	Skolans namn
Utbildning (ange kursens, programmets namn)	Årskurs

### Gymnasiesärskola

Om du ska gå på gymnasiesärskola ange vilka ekonomiska bidrag du eventuellt har

Pension     Bostadstillägg     LSS-ersättning     Annat:

### Vårdnadshavare

Juridisk vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/> Endast far eller mor	<input type="checkbox"/> Särskilt förordnad förmyndare/god man
Vårdnadshavare: Efternamn, förnamn			Telefon
Utdelningsadress			
Postnummer och ort			
Vårdnadshavare: Efternamn, förnamn			Telefon
Utdelningsadress			
Postnummer och ort			

### Tid för inackorderingstillägg söks För att erhålla inackorderingstillägg krävs heltidsstudier

<input type="checkbox"/> Hela höstterminen	<input type="checkbox"/> Del av höstterminen	fr o m	t o m
<input type="checkbox"/> Hela vårterminen	<input type="checkbox"/> Del av vårterminen	fr o m	t o m

**Orsak till inackordering**

- Den utbildning jag ska gå på finns inte på min hemort  
 Idrottsgren
- Jag är elev vid idrottsgymnasium:
- Annan orsak:

**Reseavstånd m m. Uppgiften måste alltid lämnas**

Uppge reseavstånd (inklusive gångavstånd), färdväg och färd sätt mellan föräldrahemmet och skolan. Uppgift ska lämnas för varje kommunikationsmedel för sig. Lämnas även uppgift om färdsträcka som saknar allmänna kommunikationsmedel.

Färdväg (från-till)	Färd sätt (buss, tåg, gång etc.)	Buslinje nummer	Antal km

**Utdelningsadress (för omyndig)**

Vårdnadshavare som ansvarar för inackorderingskostnaderna

Efternamn, Förnamn	Personnummer, 10 siffror
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Bank	Kontonummer

**Förälders/förmyndares underskrift**

För omyndig elev intygas att lämnade uppgifter i ansökan är fullständiga och sanningsenliga och att ansökan lämnas med mitt samtycke.

Datum	Förälders/förmyndares namnunderskrift	Telefonnummer
-------	---------------------------------------	---------------

**Elevens försäkran och underskrift**

Datum	Elevens namnunderskrift	Telefonnummer
-------	-------------------------	---------------

**Beslut i kommunen**

Ansökan om inackorderingstillägg	med kronor/månad
<input type="checkbox"/> Beviljas under tiden	
<input type="checkbox"/> Avslås	Avslås med motivering
Datum	Underskrift