



Skolförvaltningen

Läsåret

Ansökan skickas till:
Karlskoga kommun
10. Skolförvaltningen, Ingrid Johansson
691 83 Karlskoga

OBS! Kopia på hyreskontrakt ska bifogas

Elevens uppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Folkbokföringskommun	E-post

Studier (enbart kommunal gymnasieskola, ej friskola)

Skolans namn	Skolort	Utbildning program
Inriktning	Klass/årskurs	

Inackordering

Period ansökan avser		
<input type="checkbox"/> Hela höstterminen	<input type="checkbox"/> Hela vårterminen	<input type="checkbox"/> Annan tid (ange under vilken tid)
Inflyttningsdag	Inackorderingsadress	Postnummer och ort

Orsak till inackordering

<input type="checkbox"/> Utbildningen finns inte på min hemort (Karlskoga/Degerfors kommuner)
<input type="checkbox"/> Jag är elev på idrottsgymnasium (ange skola samt idrottsgren)
<input type="checkbox"/> Jag praktiserar/har APU/APL (ange plats och orsak)
<input type="checkbox"/> Annan orsak (ange orsak)

Obs! Kopia på hyreskontrakt ska bifogas.

Resväg (anges alltid)

Jag lämnar hemmet kl	Skolschemat börjar som tidigast kl
Skolschemat slutar som senast kl	Jag är hemma kl
Avståndet enkel väg mellan hemmet och skolan är <input type="text"/> km	



Skolförvaltningen

Betalningsmottagare

Namn kontoinnehavare	Clearingnummer	Kontonummer
Personnummer kontoinnehavare	Telefon	E-post

Härmed försäkrar jag/vi att du uppgifter som lämnats i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga. Jag/vi är medvetna om att studieavbrott genast måste anmälas. Återbetalningsskyldighet föreligger om bidraget felaktigt utkwitterats.

Underskrift elev

Datum	Underskrift elev	Namnförtydligande
-------	------------------	-------------------

Underskrift förälder/vårdnadshavare

Datum	Underskrift förälder/vårdnadshavare	Namnförtydligande
-------	-------------------------------------	-------------------

Beslut

<input type="checkbox"/> Inackorderingstillägg beviljas			
HT	Antal månader	Belopp kr/mån	Totalt belopp HT
VT	Antal månader	Belopp kr/mån	Totalt belopp VT

<input type="checkbox"/> Inackorderingstillägg avslås		Motivering
--	--	------------

Underskrift beslutande förvaltningschef

Datum	Underskrift förvaltningschef	Namnförtydligande
-------	------------------------------	-------------------