

ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG Läsåret 2020/2021

Ansökan insändes till: Perstorps kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
284 85 PERSTORP

VAR GOD TEXTA

Elevens person- uppgifter etc	Efternamn och förnamn	Personnummer (10 siffror)	
	Hemortsadress	Telefon	
	Postnr och ortnamn	Folkbokföringskommun	
Uppgift om studier	Skolans namn	Skolort	
	Utbildning (program etc)	Årskurs	
Tid för vilken inackorderings- tillägg söks	<input type="checkbox"/> Hela läsåret (9 mån) <input type="checkbox"/> Annan tid (ange vilken)		
Elevens inackor- deringsadress	Gatuadress	Postnr och ortnamn	Telefon (även riktnr)
Reseavstånd	Ange reseavståndet hemmet- skolan i km.		
Restid	Ifylles endast om avståndet mellan hemmet och skolan är mindre än 40 km Jag lämnar hemmet kl. Ordinarie skoldag slutar kl. Ordinarie skoldag börjar kl. Jag anländer hem kl.		
Uppgift för utbetalning	Utbetalning önskas till (elev eller målsman) Namn Adress Postnr och ortnamn		
Underskrift	Härmed försäkras att uppgifterna är riktiga Datum..... Namnunderskrift (eleven)..... Datum..... Namnunderskrift (målsman)..... (om eleven inte är myndig) Namnförtydligande målsman.....		
Beslut	Inackorderingstillägg beviljas för Ht -20 ___ månader á 1 577 kr Vt -21 ___ månader á 1 577 kr Beslutsdatum Handläggare		

