



## INFORMATION OM INACKORDERINGSBIDRAG

Hemkommunen har ansvaret för inackorderingsbidrag till elever i gymnasieskolan, med undantag för elever som går på folkhögskola, riksinternat och fristående skolor, vilka även i fortsättningen sorterar under CSN. Bestämmelser om inackorderingsbidrag återfinns i Skollagen 5 kap 63 § och 11 kap 21 §.

### Inackorderingsbidraget kan erhållas under förutsättning att:

- Du är folkbokförd i Höganäs kommun
- Du går i gymnasieskolan, komvux eller deltar i uppföljningsprogram (individuellt program)
- Du är under 20 år (t.o.m. vt det år du fyller 20) och har rätt till statlig studiehjälp eller barnbidrag.
- Du inte uppbär resebidrag
- Du har en restid mellan hemort – skolort som uppgår till minst 3 tim/dag eller en resväg som uppgår till minst 50 km (enkel resa)

Inackorderingsbidraget beviljas för 4 månader under höstterminen och 5 månader för vårterminen. Bidraget utbetalas en gång per månad, med första utbetalningsdag i slutet av september. Om studierna avbryts, minskar i omfattning från hel- till deltid eller om eleven flyttar hem, skall detta anmälas till Intagningskansliet i Höganäs. En förutsättning för att bidraget skall beviljas är att du *faktiskt är inackorderad på skolorten*.

Du måste inte söka inackorderingsbidrag på nytt inför varje läsår, vi kontrollerar med skolan att du går kvar. **Skriftligt besked på din ansökan får du endast vid avslag.** Följande belopp gäller från och med 090801. Vi beräknar avståndet mellan hem och skola via websidan [www.map24.com](http://www.map24.com)

| <i>Avstånd hem-skola</i> | <i>Månadsbelopp</i> |
|--------------------------|---------------------|
| <i>50-200 km</i>         | <i>1 426:-</i>      |
| <i>200-500 km</i>        | <i>1 926:-</i>      |
| <i>500-</i>              | <i>2 426:-</i>      |

### Inackordering på hemorten

Inackorderingsbidrag kan beviljas för inackordering på hemorten om föräldrarna vistas utomlands under huvuddelen av året och att eleven bor kvar i Sverige.

### Överklagande av beslut

Överklagande ställs till Förvaltningsrätten. Av skrivelsen skall framgå vilket beslut som ska omprövas samt datum för beslutet. Sökandes namn och adress måste även anges. Överklagandet/begäran om omprövning skickas inom 3 veckor efter mottagande av beslutet till adressen nedan.

Utbildningsförvaltningen/Intagningskansliet skickar överklagandet vidare till Förvaltningsrätten, såvida inte beslutet omprövas och ändras.

**YTTERLIGARE INFORMATION LÄMNAS AV  
ULRIKA ADSERSEN, TEL 042-33 78 26**

**INTAGNINGSKANSLIET  
HÖGANÄS KOMMUN  
263 82 HÖGANÄS**



## Ansökan om inackorderingsbidrag

Gymnasial utbildning med start läsåret 2010-2011

### *Elevens personuppgifter*

|                      |     |         |                           |
|----------------------|-----|---------|---------------------------|
| Efternamn            |     | Förnamn | Personnummer (10 siffror) |
| Gata                 |     |         |                           |
| Postnummer           | Ort |         | Telefon                   |
| Inackorderingsadress |     |         |                           |
| Postnummer           | Ort |         | Telefon                   |

### *Uppgifter om utbildningen*

|   |         |       |         |
|---|---------|-------|---------|
| Utbildning/program  | Årskurs | Skola | Skolort |
| Ansökan gäller för hela gymnasietiden, om inte annan tid fyllts i här till höger. Annan period from _____ t o m _____ |         |       |         |

### *Anledning till ansökan, kryssa i rätt alternativ*

- Inackorderingbidrag söks pga att resvägen mellan hem och skola överstiger 50 km
- Inackorderingsbidrag söks pga lång restid (mer än 3 timmar per dag)
- Inackorderingsbidrag söks pga att föräldrarna bor utomlands

### *Elevens underskrift*

Jag/vi försäkrar att ovanstående uppgifter är sanningsenliga och har tagit del av informationsbladet ang inackorderingsbidrag och därmed också de bestämmelser som gäller vid bl.a. avbrott av studier. Busskort/resebidrag har ej sökts.

Elev  
Datum

Underskrift

Förälder/Vårdnadshavare (om eleven ej är myndig)  
Datum Underskrift

|  |                        |
|--|------------------------|
| Inackorderingsbidrag                                 |                        |
| <input type="checkbox"/> beviljas med _____ kr/månad | sign _____ datum _____ |
| <input type="checkbox"/> avslås med motivering _____ |                        |