ÖRNSKÖLDSVIKS KOMMUN

Ansökan om tilläggsbelopp

☐ Grundskola ☐ Gymnasium

Skola

Skola som ansöker om tilläggsbelopp	**Skolans adress**	**Postnummer och ort**
Kontaktperson	**Telefon**	**E-postadress**
Skolans organisationsnummer och bolagsform	**Skolans bank/plusgiro**	

Elev

Namn	**Personnummer**	**Period som ansökan avser (max 1 termin)**
Nuvarande skola	**Klass**	**Belopp som söks (per månad)**

Sammanfattande motivering

Bilagor som bifogas:

☐ **Pedagogisk bedömning med åtgärdsprogram.** ☐ **Psykologbedömning.** ☐ **Medicinsk bedömning/läkarintyg.** ☐ _____

Datum och underskrift

Datum och skolansvarigs namnteckning

Beslut av Örnsköldsviks kommun

☐ **Tilläggsbelopp beviljas** HT - ____ ____ mån á _____ kr VT - ____ ____ mån á _____ kr Fakturaadress: Örnsköldsviks kommun Leverantörsfaktura 891 88 Örnsköldsvik Referensnummer: 61040000/00	☐ **Tilläggsbelopp avslås. Motivering:**
Datum och beslutandes underskrift	**Namnförtydligande, telefon**