**\_**

**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Absender:** (Stempel)

**Datum:**

**Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:**

**Telefon:**

**Telefax:**

**E-Mail:**

**Aktenzeichen:**

**An**

**Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie**

**Landesjugendamt**

**-Kostenerstattung-**

**Postfach 203**

**30002 Hannover**

**RECHNUNG**

**Kostenerstattung gemäß Wählen Sie ein Element aus. SGB VIII für**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | **Aktenzeichen des Landesjugendamtes** |

Ihre Kostenerstattungspflicht haben Sie mit Schreiben vom für die Zeit ab anerkannt.

In der Zeit vom bis

sind Gesamtaufwendungen in Höhe von Euro entstanden.

Einzelheiten zur Entstehung der Aufwendungen entnehmen Sie der beigefügten Aufstellung, deren sachliche und rechnerische Richtigkeit bestätigt wird. Bestehende Ersatzansprüche gegen Dritte wurden geltend gemacht und in voller Höhe abgesetzt. Die aufgewendeten Kosten entsprechen den gesetzlichen Vorschriften und den hier geltenden örtlichen Grundsätzen.

Die Jugendhilfe  dauert an.

wurde beendet mit Wirkung ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

war inzwischen für einen zusammenhängenden Zeitraum von drei Monaten nicht zu gewähren.

wird ab als Hilfe für junge Volljährige weitergeführt.

Hilfeplan liegt vor.

Das Hilfeplanverfahren wird regelmäßig durchgeführt.

Bitte überweisen Sie den o. a. Betrag zugunsten folgender Bankverbindung und unter Angabe des folgenden Buchungsvermerkes:

|  |  |
| --- | --- |
| Bank | BIC |
| IBAN | Buchungsvermerk |

Kostenaufstellung für **HH-Jahr:**

**Hilfeart:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aufwendungen für **Unterbringung** (mit Angabe des Unterbringungsortes), **Pflege und Betreuung** durch freie/öffentliche Träger | von | bis | Tage / Monate | Kosten tgl./mtl.  (tgl. Pflegesatz)  € | Summe  € |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aufwendungen für **Sonderleistungen und Auslagen des JA** (Kosten außerhalb von Pflegesätzen) | von | bis | Tage / Monate | Kosten tgl./mtl.  € | Summe  € |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Summe**  **(Unterbringungskosten plus Nebenkosten)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Einnahmen (kon- kret benennen) | von | bis | Tage/ Monate | tgl./mtl.  € | Summe  € |
| Beispiel: Kindergeld,  ggf. Wohngeld |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Summe** |  |  |  |  |  |

Ausgaben gesamt: Einnahmen gesamt:

Erstattungsbetrag:

**Die rechnungsbegründenden Unterlagen können bei Anforderung vollständig vorgelegt werden.**

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit der obigen Aufstellung wird bestätigt.

Im Auftrag

(Unterschrift und Dienstbezeichnung)