

Absender: (Stempel)

Datum:

Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Aktenzeichen:

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Dezernat Landesjugendamt
Friedrich-Engels-Straße 47
19061 Schwerin

RECHNUNG

Kostenerstattung gemäß § 89 d SGB VIII für

Name	Vorname
Geburtsdatum	Aktenzeichen

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

In der Zeit vom _____ bis _____ sind

Gesamtaufwendungen in Höhe von _____ Euro entstanden.

- Die Jugendhilfe
- dauert an.
 - wird seit dem _____ im Bundesland _____
erbracht.
 - wurde beendet am _____. Der/die o.G. ist am _____
aus der Einrichtung ausgezogen.
 - wird ab _____ als Hilfe für junge Volljährige weitergeführt.

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

Bank	
IBAN	Buchungsvermerk

Im Auftrag

(Unterschrift)

Kostenaufstellung für _____

Art der Aufwendungen Unterbringungskosten	von	bis	Tage/Monate	Kosten tgl./mtl. (tgl. Pflegesatz) €	Summe €

Art der Aufwendungen Nebenkosten (Kosten außerhalb von Pflegesätzen)	von	bis	Tage/Monate	Kosten tgl./mtl. €	Summe €
Summe (Unterbringungskosten plus Nebenkosten)					

Art der Einnahmen (konkret benennen)	von	bis	Tage/Monate	tgl./mtl. €	Summe €
Summe					

Ausgaben gesamt: _____ Einnahmen gesamt: _____ Erstattungsbetrag: _____

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit der obigen Aufstellung wird bestätigt.
Im Auftrag

(Unterschrift)