

Absender: (Stempel)

Datum:

Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Ihr Aktenzeichen:

**Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern
Landesjugendamt
Am Grünen Tal 19
19063 Schwerin**

RECHNUNG

Kostenerstattung gemäß § 89 d SGB VIII für

Name	Vorname
Geburtsdatum	Dort. 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.

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.

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

Bank	BIC
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 und Dienstbezeichnung)