|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jugendamt:  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | Ansprechpartner: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Tel.: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fax: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Mitteilung über die Beendigung einer vorläufigen Inobhutnahme/Inobhutnahme eines ausländischen Kindes oder Jugendlichen gemäß § 42a SGB VIII/gemäß § 42 SGB VIII**

***Per Fax an: 0385 396899-19***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Vorname**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geschlecht**  Wählen Sie ein Element aus. | **Geburtsdatum**  Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | **Aktenzeichen (soweit bekannt)**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

**Datum der vorläufigen Inobhutnahme:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Ende der vorläufigen Inobhutnahme:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Zwischenzeitlich ist davon auszugehen, dass das ursprünglich angenommene Alter nicht zutreffend ist. Es ist von Volljährigkeit auszugehen und es erfolgte eine  
Weiterleitung an die zuständige Erstaufnahmeeinrichtung.

Der/die o. G. ist am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Wählen Sie ein Element aus..

Am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. ist die Übergabe an das Jugendamt

Klicken Sie hier, um Text einzugeben. (Zuweisungsjugendamt) erfolgt.

**Datum der Inobhutnahme:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Ende der Inobhutnahme:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Zwischenzeitlich ist davon auszugehen, dass das ursprünglich angenommene Alter nicht zutreffend ist. Es ist von Volljährigkeit auszugehen und es erfolgte eine  
Weiterleitung an die zuständige Erstaufnahmeeinrichtung.

Der/die o. G. ist am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Wählen Sie ein Element aus..

Die Fallzuständigkeit wurde gemäß § 88a Abs. 2 Satz 3 SGB VIII an das  
 Jugendamt Klicken Sie hier, um Text einzugeben. übergeben.

☐ Mit Wirkung vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. werden dem/der o.G. Leistungen nach dem SGB VIII gewährt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift