|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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