Absender (Stempel)

Datum:

Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Aktenzeichen:

Regierungspräsidium Kassel
Dezernat 58
Am Alten Stadtschloss 1
34117 Kassel

RECHNUNG

Kostenerstattungsverfahren gemäß § 89 _____ SGB VIII für

Name		Vorname
☐ weiblich ☐ männlich	Geburtsdatum	Aktenzeichen

Für Og. haben Sie Ihre Kostenerstattungspflicht gemäß § 89 _____ SGB VIII für die Zeit ab _____ anerkannt.

In der Zeit vom _____ bis _____ sind

Aufwendungen in der Höhe von _____ Euro entstanden.

Einzelheiten zur Entstehung der Aufwendungen entnehmen Sie der beigefügten tabellarischen Aufstellung, deren sachliche und rechnerische Richtigkeit bestätigt wird. Die genannten Leistungen wurden tatsächlich aufgewendet und Ersatzansprüche gegen Dritte in voller Höhe abgesetzt. Die aufgewendeten Kosten entsprechen den gesetzlichen Vorschriften unter Beachtung der hier geltenden örtlichen Grundsätze.

Die Jugendhilfe ☐ dauert an .
☐ wurde beendet mit Wirkung ab _____

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

IBAN	
bei der Bank	Buchungsvermerk

Im Auftrag

_____

Kostenaufstellung für _____

Art der Aufwendungen (Heimkosten, Nebenkosten, Pauschalen, Krankenkosten etc.)	Von	bis	Tage/Monate	Kosten tgl./mtl.	Summe
Summe					0,00

Art der Einnahmen (konkret benennen)	Von	bis	Tage/Monate	tgl./mtl.	Summe
Summe					0,00

Ausgaben gesamt :	0,00
Einnahmen gesamt:	0,00
Zu erstattender Betrag:	0,00

Im Auftrag

Unterschrift und Dienstbezeichnung