|  |  |
| --- | --- |
| **Absender:**            **Landschaftsverband Westfalen-Lippe**  **LWL-Landesjugendamt Westfalen**  **48133 Münster** | Datum:  Vordruck B4 neu  Stand: 17.05.2023  Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:    Telefon:  Telefax:  E-Mail:  AZ Jugendamt: |

**RECHNUNG**

**Kostenerstattung gemäß § 89 d SGB VIII für**

|  |  |
| --- | --- |
| Name | Vorname |
| Geburtsdatum | Aktenzeichen LWL |

Ihre Kostenerstattungspflicht haben Sie (bereits) mit Schreiben vom       für die Zeit ab       anerkannt.

In der Zeit vom  bis  sind Gesamtaufwendungen in der 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 | IBAN |
| BIC | Buchungsvermerk |

(Bitte höchstens 18 Zeichen verwenden und das wichtigste voranstellen)

Im Auftrag



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

(Unterschrift)

**Kostenaufstellung für**

(In den Tabellen können weitere Zeilen hinzugefügt werden)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art der Aufwendungen **Unterbringungskosten** | von | bis | Tage / Monate | Kosten tgl./mtl.  € | 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)