

Absender:

Datum:
Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Telefon:
Telefax:
E-Mail:
AZ Jugendamt:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Landesjugendamt Westfalen

48133 Münster

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					
--------------	--	--	--	--	--

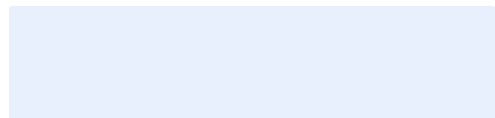
Ausgaben gesamt:

Einnahmen gesamt:

Erstattungsbetrag:

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit der obigen Aufstellung wird bestätigt.

Im Auftrag



(Unterschrift und Dienstbezeichnung)