|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jugendamt der  Stadtverwaltung  Kreisverwaltung | Sachbearbeiter: |  |
| Tel.: |  |
| Fax: |  |
| E-Mail: |  |

Landesamt für Soziales, Jugend

und Versorgung

Abteilung Landesjugendamt

- umA Kostenerstattung -

Postfach 29 64

55019 Mainz

**Abrechnung mit dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe**

**100%-Erstattung gemäß § 89ff SGB VIII für das Jahr 20\_\_\_[[1]](#footnote-1)**

**Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Es wird auf Dienstpflicht bescheinigt, dass die beigefügte Abrechnung alle Ausgaben und Einnahmen enthält, die aufgrund der gesetzlichen und ergänzenden Bestimmungen vom örtlichen Jugendhilfeträger übernommen worden sind und zur Erstattung nicht bereits an anderer Stelle (z. B. § 26 AGKJHG) angemeldet wurden oder werden.  Die aufgewendeten Kosten entsprechen den gesetzlichen Vorschriften und den hier geltenden örtlichen Grundsätzen. Die Ausgaben basieren auf unmittelbaren Aufwendungen der Jugendhilfemaßnahme (z. B. keine Kosten der Vormundschaftstätigkeit oder Dolmetscherkosten hierfür). Bei ambulanten Hilfen (z. B. SPFH), welche von eigenen Fachkräften durchgeführt werden, wird bestätigt, dass die eingesetzten Fachkräfte keine weiteren Aufgaben (z. B. ASD) wahrnehmen und die Ausgaben daher eindeutig abzugrenzen sind.  Die in der Abrechnung enthaltenen Krankenhilfekosten basieren auf der Abrechnung  der Krankenkasse[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / des Apothekenrechenzentrum \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Arzt-/Krankenhaus-/Apothekenabrechnung **(in diesen Fällen bitte Kopie beifügen)** |

|  |
| --- |
| Es wird versichert, dass die geltend gemachten Beträge der Höhe nach tatsächlich kassenwirksam geleistet worden sind, die Ausgaben und Einnahmen begründet und belegt sind und den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen. Rückzahlungen, zurückgenommene und endgültig nicht ausgezahlte Beträge wurden hier nicht berücksichtigt. Zahlungsbegründende Unterlagen liegen vor, welche auf Anforderung nachgereicht werden können. |

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

Ort und Datum

Sachlich und rechnerisch richtig: Im Auftrag:

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

(Unterschrift/Amtsbezeichnung) (Unterschrift/Amtsbezeichnung)

**VON 2 PERSONEN ZU UNTERSCHREIBEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name | Vorname | |
| Geb.-Datum | Ihr Aktenzeichen | |
|  | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Hilfe  dauert fort.  wird als Hilfe für junge Volljährige  weitergeführt[[3]](#footnote-3)  wird ab \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vom  JA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  gemäß § 86/§88a\_\_\_\_\_\_ SGB VIII weitergeführt.  wurde am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beendet.  Grund[[4]](#footnote-4): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Hilfeart[[5]](#footnote-5):  § \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SGB VIII  ambulant  stationär |

**AUSGABEN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unterbringungskosten** | **von** | **bis** | **Tage/**  **Monate** | **Kosten**  **tgl./mtl.** | **Ausgaben (EUR/Cent)** |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ZWISCHENSUMME:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nebenkosten** | **von** | **bis** | **Tage/**  **Monate** | **Kosten**  **tgl./mtl.** | **Ausgaben (EUR/Cent)** |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ZWISCHENSUMME:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nebenkosten** | **von** | **bis** | **Stunde/**  **FLS** | **Kosten**  **Stunde** | **Ausgaben (EUR/Cent)** |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ZWISCHENSUMME:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Krankenhilfe** | **Quartal** | **Beleg beigefügt[[6]](#footnote-6)** | **Ausgaben (EUR/Cent)** |
|  | \_\_\_ Quartal 20\_\_\_ | ja  nein | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | \_\_\_ Quartal 20\_\_\_ | ja  nein | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | \_\_\_ Quartal 20\_\_\_ | ja  nein | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | \_\_\_ Quartal 20\_\_\_ | ja  nein | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | \_\_\_ Quartal 20\_\_\_ | ja  nein | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **ZWISCHENSUMME:** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **GESAMTSUMME AUSGABEN:**  **(Unterbringungskosten plus Nebenkosten und Krankenhilfe)** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**EINNAHMEN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Art der Einnahme[[7]](#footnote-7)** | **von** | **bis** | **Tage/**  **Monate** | **Kosten**  **tgl./mtl.** | **Einnahme (EUR/Cent)** |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **GESAMTSUMME EINNAHMEN:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  | |

Den netto Erstattungsbetrag (Ausgaben – Einnahmen) in Höhe von

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EUR bitte

auf das bekannte Konto der Stadt-/Kreisverwaltung

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

neue Konto der Stadt-/Kreisverwaltung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

BIC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

unter Angabe des Verwendungszwecks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ überweisen.

1. Abrechnungen bitte nicht über einen Jahreswechsel hinaus vornehmen. Sollten **nachträglich**  
    Kosten für Vorjahre anfallen, bitte diese unter Angabe des Zeitraums in der Abrechnung  
    aufführen. [↑](#footnote-ref-1)
2. Hierunter fallen auch Abrechnungen der Kassen(zahn)ärztlichen Verrechnungsstellen. [↑](#footnote-ref-2)
3. In diesem Fall bitte die in der Kostenzusage aufgeführten Unterlagen mitsenden, sofern dies noch  
    nicht erfolgt ist. [↑](#footnote-ref-3)
4. Familienzusammenführung – freiwillige Rückführung – Abschiebung – Kein weiterer Hilfebedarf –

   Volljährigkeit – Entweichen – Suizid – Tod - Sonstiges [↑](#footnote-ref-4)
5. Bei Wechsel der Hilfeart (z. B. von § 42 SGB VIII in § 34 SGB VIII), bitte für die neue Hilfe eine  
    **separate** Rechnung anfertigen [↑](#footnote-ref-5)
6. Erforderlich, wenn die Abrechnung auf einer Arzt-/Krankenhaus-/Apothekenabrechnung basiert [↑](#footnote-ref-6)
7. Hierunter fallen insbesondere Kostenbeiträge und Ersatzleistungen gemäß § 91ff SGB VIII.

   Rückerstattungen (z. B. der Unterbringungskosten) hingegen bitte als Negativbetrag bei den

   Ausgaben aufführen. [↑](#footnote-ref-7)