**Mitteilung über die Übernahme eines**

**ausländischen Kindes oder Jugendlichen**

**gemäß § 88a Abs. 2 Satz 3 SGB VIII**

***Per Fax an: 06131 967 555***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | **Staatsangehörigkeit**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Sprache**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Familienstand**  Wählen Sie ein Element aus. | | **Religion**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |

**Datum der Fallübernahme:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Übernommen von JA:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Folgende Verwandte/Bekannte leben in unserem Zuständigkeitsbereich:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Telefon**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Beziehung zu umA**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Geburtsdatum/Alter**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontaktaufnahme erfolgt**  Wählen Sie ein Element aus. | | **Unterbringung bei Verwandtschaft möglich**  Wählen Sie ein Element aus. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Telefon**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Beziehung zu umA**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Geburtsdatum/Alter**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontaktaufnahme erfolgt**  Wählen Sie ein Element aus. | | **Unterbringung bei Verwandtschaft möglich**  Wählen Sie ein Element aus. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Anschrift**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
| **Telefon**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | **Beziehung zu umA**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | **Geburtsdatum/Alter**  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Kontaktaufnahme erfolgt**  Wählen Sie ein Element aus. | | **Unterbringung bei Verwandtschaft möglich**  Wählen Sie ein Element aus. | |

**Begründung der Fallübernahme, wenn keine Verwandten/Bekannten im Zuständigkeitsbereich leben:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Es wird um Erteilung einer Kostenzusage sowie Zuweisung in unseren Zuständigkeitsbereich gebeten.

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

Ort, Datum Unterschrift/Amtsbezeichnung