

**Absender (Stempel)**

**Datum:**

**Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:**

**Telefon:**

**Telefax:**

**E-Mail:**

**Aktenzeichen:**

Regierungspräsidium Kassel  
Dezernat 57  
Am Alten Stadtschloss 1  
34117 Kassel

# RECHNUNG

**Kostenerstattungsverfahren gemäß § 89 \_\_\_\_\_ SGB VIII für**

Name		Vorname	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_



