

**Absender:** (Stempel)

Datum:

Sachbearbeiterin/Sachbearbeiter:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Aktenzeichen:

**Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern  
Landesjugendamt  
Am Grünen Tal 19  
19063 Schwerin**

# RECHNUNG

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

Name	Vorname
Geburtsdatum	Aktenzeichen KSV-6.7-

Ihre Kostenerstattungspflicht haben Sie mit Schreiben vom \_\_\_\_\_ für  
die Zeit ab \_\_\_\_\_ anerkannt.

In der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ sind

Gesamtaufwendungen in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro entstanden.

- Die Jugendhilfe
- dauert an.
  - wird seit dem \_\_\_\_\_ im Bundesland \_\_\_\_\_  
erbracht.
  - wurde beendet am \_\_\_\_\_. Der/die o.G. ist am \_\_\_\_\_  
aus der Einrichtung ausgezogen.
  - 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	Buchungsvermerk

Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Kostenaufstellung für \_\_\_\_\_

Art der Aufwendungen <b>Unterbringungskosten</b>	von	bis	Tage/Monate	Kosten tgl./mtl. (tgl. Pflegesatz) €	Summe €

Art der Aufwendungen <b>Nebenkosten</b> (Kosten außerhalb von Pflegesätzen)	von	bis	Tage/Monate	Kosten tgl./mtl. €	Summe €
<b>Summe</b> (Unterbringungskosten plus Nebenkosten)					

Art der Einnahmen (konkret benennen)	von	bis	Tage/Monate	tgl./mtl. €	Summe €
<b>Summe</b>					

Ausgaben gesamt: \_\_\_\_\_

Einnahmen gesamt: \_\_\_\_\_

Erstattungsbetrag: \_\_\_\_\_

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit der obigen Aufstellung wird bestätigt.

Im Auftrag

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)