



**Niedersächsisches Landesamt
für Soziales, Jugend und Familie**

Landesjugendamt

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie
Außenstelle Hannover, Postfach 2 03, 30002 Hannover

Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und
Familie – Landesjugendamt –
– Kostenerstattung –
Postfach 203
30002 Hannover

Sachbearbeiter*in:

Absender:

Telefon:

E-Mail:

Aktenzeichen:

Datum:

Folgerechnung

Kostenerstattung für folgende Person gemäß

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

1 Aktenzeichen des Landesjugendamtes:

Es wurde Hilfe gewährt ab:

Es wurde Hilfe in folgender Form gewährt:

Folgender Erstattungsbetrag wird hierfür geltend gemacht:

Der Erstattungsbetrag ergibt sich aus dem nachfolgenden Zeitraum:

bis

Anschrift:
Schiffgraben 30-32
30175 Hannover



Parkplatz
am Dienstgebäude
Berliner Allee

E-Mail: PoststelleLSHannover@ls.niedersachsen.de
Internet: www.soziales.niedersachsen.de

Telefonische Erreichbarkeit
Montag 9.00 – 12.00 Uhr
Dienstag 9.00 – 12.00 Uhr / 13.00 – 15.30 Uhr
Mittwoch 9.00 – 12.00 Uhr
Donnerstag 9.00 – 12.00 Uhr

Telefon
0511 89701-0
Telefax
0511 89701-166

Bankverbindung
Empfänger: Nds Landesamt f. Soziales -
Landesjugendamt
IBAN: DE58 2505 0000 1900 1525 17
Leitweg-ID: 03-0110000000-59
beBPO: Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie

Name der/des Leistungsberechtigten:

Aktenzeichen des Landesamtes:

Einzelheiten zur Entstehung der Aufwendungen entnehmen Sie der beigefügten Aufstellung. Bestehende Ersatzansprüche gegen Dritte wurden geltend gemacht und in voller Höhe abgesetzt. Sie finden Erläuterungen zu den auszufüllenden Informationen in unserem Merkblatt unter der angegebenen Zahl.

Kostenaufstellung für:

2 Kalenderjahr (Entstehungsjahr):

3 Hilfeart:

Aufwendungen für Unterbringung, Pflege und Betreuung	von	bis	Tage/ Monate/ Stunden	Kosten täglich/monatlich je Stunde €	Summe €
--	-----	-----	-----------------------------	--	------------

Aufwendungen für Nebenkosten FLS, Sonderleistungen und Auslagen des JA (Kosten außerhalb von Pflegesätzen)	von	bis	Tage/ Monate/ Stunden	Kosten täglich/monatlich je Stunde €	Summe €
--	-----	-----	-----------------------------	--	------------

Summe Aufwendungen

Name der/des Leistungsberechtigten:

Aktenzeichen des Landesamtes:

Art der Einnahmen (konkret benennen)	von	bis	Tage/ Monat	täglich/ monatlich €	Summe €
---	-----	-----	----------------	-------------------------	------------

Summe Einnahmen

Aufwendungen gesamt:

Einnahmen gesamt:

Erstattungsbetrag

Die rechnungsbegründenden Unterlagen können bei Anforderung vollständig vorgelegt werden.

Die sachliche und rechnerische Richtigkeit der obigen Aufstellung wird bestätigt.

Die Jugendhilfe

Dauert an.

Wurde beendet mit Wirkung ab:

Wurde als Hilfe für junge Volljährige weitergeführt ab:

War inzwischen für einen zusammenhängenden Zeitraum von drei Monaten nicht zu gewähren.

7

Das Hilfeplanverfahren wurde regelmäßig durchgeführt und in einem Hilfeplan schriftlich festgehalten.

Bitte überweisen Sie den oben angegebenen Betrag an folgende Bankverbindung und geben Sie den folgenden Buchungsvermerk ein:

Bank:

BIC:

IBAN:

Buchungsvermerk:

Name der/des Leistungsberechtigten:

Aktenzeichen des Landesamtes:

Zusätzliche Erläuterungen

(Unterschrift)