Abrechnung für mobile sozialpädagogische Hilfen

nach § _____ SGV VIII für Monat: _____

Maßnahmeträger: (Name, Adresse)	**Fall-Nummer**:
Klient/Familie: (Wohnort)	**Sachbearbeiter/in Jugendamt**

Datum	Uhrzeit	Ort / Tätigkeit	Stunden
Gesamt			0,00

Datum	Fahrt von – nach	km insgesamt
Gesamt		0

Bankverbindung:

Kreditinstitut:	IBAN:	BIC:

Die Richtigkeit wird bestätigt.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bearbeitungsvermerk Amt für Jugend und Familie Cham

Fachlich geprüft:

am: _____

SB: _____

Stunden: _____ x _____ = 0,00 €

km: _____ x _____ = 0,00 €

gesamt: 0,00 €

Angewiesen am: _____ SB: _____

Produkt-Konto-Nr.:

- ☐ 36322.533120 § 18 SGB VIII
- ☐ 36334.533120 § 30 SGB VIII
- ☐ 36335.533120 § 31 SGB VIII
- ☐ 36338.533220 § 34 SGB VIII
- ☐ 36339.533120 § 35 SGB VIII
- ☐ 36341.533220 § 41 SGB VIII
- ☐ 363431.533120 § 35 a Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII
- ☐ 363431.533129 § 35 a Abs. 2 Nr. 1 SGB VIII, EB

Maßnahmeträger: (Name, Adresse)	**Fall-Nummer**:
Klient/Familie: (Wohnort)	**Sachbearbeiter/in Jugendamt**

Datum	**Fachlicher Inhalt des Kontakts**