**Jugendhilfeleistungen für** **, geb. am**

**Erneute Prüfung der Kostenbeitragspflicht mit Wirkung vom 01.01.**

Sehr geehrter Elternteil,

Ihr Kind befindet sich in einer teil- oder vollstationären Jugendhilfemaßnahme. Um feststellen zu können, in welchem Umfang Sie für die Zeit ab dem einen Kostenbeitrag für Ihr Kind leisten können, bitten wir Sie, den beigefügten Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterzeichnet

**bis zum**  mit den Belegen zu Ihren **Einkünften im Kalenderjahr**

an uns zurückzusenden. Bitte fügen Sie die notwendigen Nachweise bei. Gerne können Sie uns den ausgefüllten und unterzeichneten Fragebogen inklusive aller Nachweise auch lesbar eingescannt per E-Mail (Mailadresse siehe oben) übersenden.

Der Kostenbeitrag ist grundsätzlich aus dem im vorherigen Kalenderjahr durchschnittlich erzielten Monatseinkommen zu berechnen und festzusetzen (§ 93 Abs. 4 Satz 1 SGB VIII). Auf die Ihnen zugegangene Mitteilung zur Kostenbeitragspflicht weisen wir hin.

Die Verpflichtung zur Auskunftserteilung ergibt sich aus § 97a SGB VIII.

|  |  |
| --- | --- |
| Bis zum Abschluss der Neuüberprüfung bleiben Sie verpflichtet, auch weiterhin den bisher ggf. festgesetzten Kostenbeitrag zu zahlen. Zuviel gezahlte Beiträge werden erstattet bzw. verrechnet.-Kreis  Der Kreisausschuss  Jugendamt  Am Kreishaus 1-5  65719 Hofheim | **Einkünfte aus dem Jahr**  **2021** |

**Az: {@10057; AktenzeichenVorgang;@}**

# Erklärung des Elternteils zur Kostenbeitragspflicht

*Nach § 97 a SGB VIII sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Sie können die Auskunft nur verweigern, soweit Sie sich selbst oder einen in § 383 Abs. 1 Nr.1 bis 3 der Zivilprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.*

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname des Kindes | **{@10066; FamiliennameJungerMensch;@}, {@10067; VornameJungerMensch;@}** |
| ***Geburtsdatum*** | **{@10082; GeburtsdatumJungerMensch;@}** |
| ***Kindergeldbezug / Kinder-zuschlag für dieses Kind*** | **mtl.       €** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Personalien und**  **Familienverhältnisse** | **Pflichtige/r Elternteil** | | | | | | | |
| *N**ame, Vorname(n), ggf. Geburtsname* |  | | | | | | | |
| *G**eburtsdatum* |  | | | | | | | |
| *Anschrift* |  | | | | | | | |
| *Erreichbarkeit (tagsüber)* | Telefon Festnetz: | | | | | | | |
| Telefon Mobil: | | | | | | | |
| E-Mail: | | | | | | | |
| *Familienstand* | ledig | verheiratet seit | | verwitwet seit | | getrennt lebend  seit | | geschieden  seit |
| *Beruf(e)* |  | | | |  | | | |
| *Arbeitgeber* |  | | | |  | | | |
| **Haushaltsangehörige und weitere Personen, die von der/dem Pflichtigen unterhalten werden** | | | | | | | | |
| *Verwandtschaftsverhältnis zur/zum Pflichtigen* |  | |  | |  | |  | |
| *Name, Vorname* |  | |  | |  | |  | |
| *Geburtsdatum* |  | |  | |  | |  | |
| *Familienstand* |  | |  | |  | |  | |
| *Beruf/Tätigkeit* |  | |  | |  | |  | |
| *Wohnort bzw. im Haushalt?* |  | |  | |  | |  | |
| *monatliches Einkommen (netto)*  *dieses/r Angehörigen* | € | | € | | € | | € | |
| *monatliche Unterhaltsleistung des/der Pflichtigen an diese/n Angehörige/n* | € \*) | | € \*) | | € \*) | | € \*) | |
| *monatlicher Kindergeldbezug des/der Pflichtigen für diese/n Angehörige/n* | € | | € | | € | | € | |

\*) Entfällt bei Angehörigen im Haushalt des Kostenbeitragspflichtigen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Az: {@10057; AktenzeichenVorgang;@} - {@10066; FamiliennameJungerMensch;@}, {@10067; VornameJungerMensch;@} \*{@10082; GeburtsdatumJungerMensch;@}  *Für die Berechnung relevant ist das Einkommen des auf Seite 1 oben rechts angegebenen Jahres* | | |
| **II. Einkommen** | **Bezeichnung** | **EUR (monatlich)** |
| ***1. Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmer/in***  *Einkünfte im maßgeblichen Zeitraum  einschließlich Überstundenvergütung* ***(BITTE BRUTTO-NETTO-ABRECHNUNG  BEIFÜGEN****)* |  |  |
| ***2. Erwerbstätigkeit als Selbständige/r***  *(Selbständige Tätigkeit, Gewerbe-*  *betrieb, Land- und Forstwirtschaft)* *Einkünfte im maßgeblichen Zeitraum* ***(BITTE NACHWEISE VORLEGEN)*** |  |  |
| ***3. Einkünfte folgender Art (NACHWEISE BITTE BEIFÜGEN)*** | | |
| *Sozialleistungen*  *(z. B. Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII, Krankengeld, Erwerbsunfähigkeits- oder*  *Berufsunfähigkeitsrente, Altersruhegeld,*  *Hinterbliebenenrente, Wohngeld, etc.)*  *Art und Monatsbetrag* |  |  |
| *Leistungen anderer Stellen*  *(z. B. Betriebsrenten, Zusatzversorgung,*  *Lastenausgleich)*  *Art und Monatsbetrag* |  |  |
| *Erträge aus Kapitalvermögen*  *Art und Monatsbetrag/einmaliger Betrag* |  |  |
| *Miet- und Pachteinnahmen*  *Art und Monatsbetrag* |  |  |
| *Sonstige Einkünfte/Einnahmen*  *(z. B. Vermögensveräußerung, Auszahlung von Lebensversicherungen/Bausparverträgen)*  *Art und Monatsbetrag/einmaliger Betrag* |  |  |
| *Rentenantrag gestellt?*  *Wenn ja wann, Rentenart,  voraussichtlicher monatlicher Betrag* |  |  |
|  | | |
| **III. Vermögen** | **Bezeichnung** | **Summe/Wert EUR** |
| *Bargeld* |  |  |
| *Bankguthaben* |  |  |
| *Wertpapiere* |  |  |
| *Grundvermögen* |  |  |
| *Sonstiges Vermögen* |  |  |
| *Angaben zum Vermögen dienen der Beurteilung etwaiger Einnahmen aus Vermögen.  Das Vermögen selbst wird nicht in die Ermittlung des Kostenbeitrags einbezogen.* | | |

|  |
| --- |
| **IV. Besondere Belastungen** |

Von dem nach Abzug von Steuern und Beiträgen zur Kranken-, Pflege-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung verbleibenden Einkommen werden ohne Nachweis pauschal 25 % für berufsbedingte Aufwendungen, Schulden und sonstige Belastungen (Beiträge für öffentliche und private Versicherungen) abgezogen. Nur wenn derartige Aufwendungen, soweit sie angemessen sind, ggf. die Pauschale übersteigen, ist die nachfolgende Angabe (und Vorlage entsprechender Nachweise) notwendig.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Az: {@10057; AktenzeichenVorgang;@} - {@10066; FamiliennameJungerMensch;@}, {@10067; VornameJungerMensch;@} \*{@10082; GeburtsdatumJungerMensch;@}  ***1. Schuldverpflichtungen***  ***NACHWEISE BITTE BEIFÜGEN*** | | | | |
| *Gläubiger* |  |  |  |  |
| *Aufnahme-Zweck* |  |  |  |  |
| *Aufnahme-Betrag* | EUR | EUR | EUR | EUR |
| *Aufnahmetag* |  |  |  |  |
| *Monatsrate* | EUR | EUR | EUR | EUR |
| *Laufzeit*  *(bis einschließlich)* |  |  |  |  |
| ***2. Notwendige Ausgaben zur Erzielung des Arbeitseinkommens (Fahrtkosten zur Arbeitsstätte, etc.)   NACHWEISE BITTE BEIFÜGEN*** | | | | |
|  | | | | |
| ***3. Beiträge zu öffentlichen und privaten Versicherungen (soweit sie nicht Bestandteil der gesetzlichen Sozialversicherung sind)   NACHWEISE BITTE BEIFÜGEN*** | | | | |
|  | | | | |
| ***4. Besondere finanzielle und sonstige Belastungen (z. B. durch Krankheit, Behinderung, Ausbildung von Kindern)  NACHWEISE BITTE BEIFÜGEN*** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V. Ggf. weitere vollstationär untergebrachte Kinder der/des Pflichtigen | | |
| Name | vollstationäruntergebracht seit | zuständiges Jugendamt |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| VI. Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.Mir ist bekannt, dass unrichtige oder weggelassene Angaben ggf. strafrechtlich geahndet werden können.  Ich bin verpflichtet, dem Jugendhilfeträger eintretende Änderungen der vorstehenden Angaben umgehend mitzuteilen. |

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

*Datum, Unterschrift der/des Pflichtigen*

Az: {@10057; AktenzeichenVorgang;@} - {@10066; FamiliennameJungerMensch;@}, {@10067; VornameJungerMensch;@} \*{@10082; GeburtsdatumJungerMensch;@}

Bemerkungen: