

**ERKLÄRUNG**

über die Einkommensverhältnisse in der Jugendhilfeangelegenheit

**Kind:****Kostenbeitragspflichtige(r):**

Über meine wirtschaftlichen Verhältnisse mache ich wahrheitsgemäß folgende Angaben:

**(Alle Angaben sind zu belegen!)**

	Kostenbeitragspflichtige(r)	Ehegatte/Ehegattin (nicht getrennt lebend)
Familienname, Vorname		
Anschrift		
Tel.-Nr.:		
Arbeitgeber		
Familienstand		
Erwerbseinkommen des Vorjahres (Januar – Dezember)	€	€
Krankengeld	€	€
Arbeitslosengeld	€	€
Rente	€	€
sonst. Einkommen	€	€
Kindergeld	€	€
Lohn-/Einkommenssteuer- erstattung (letzter Bescheid) gemacht	( ) ja ( ) nein Falls ja: €	( ) ja ( ) nein Falls ja: €
Haus- und Grundbesitz	( ) ja ( ) nein	( ) ja ( ) nein
Größe & Baujahr des selbstbewohnten Eigentums	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
Zinseinnahmen aus Bankguthaben	( ) ja € ( ) nein	( ) ja € ( ) nein

**Weitere leibliche Kinder (ggf. gesondertes Blatt beifügen):**

Name	Geburtsdatum	Beruf	Einkommen (z. B. Kindergeld, Lohn, BAB, BaföG, Rente, ALG II)

**Weitere zum Haushalt gehörende Personen (ggf. gesondertes Blatt beifügen):**

Name	Geburtsdatum	Beruf	Einkommen (z. B. Kindergeld, Lohn, BAB, BaföG, Rente, ALG II)

**Folgende Kinder erhalten ebenfalls Jugendhilfe (ggf. gesondertes Blatt beifügen):**

Name	Geburtsdatum	Hilfeart	Jugendamt

## Belastungen

Meine monatlichen Aufwendungen für berufsbedingte Aufwendungen, Versicherungen, Werbungskosten, Schuldverpflichtungen usw. übersteigen insgesamt einen Betrag i.H.v. 25 % meines monatl. Nettoeinkommens.

ja     nein  
bitte ankreuzen

**Wenn nein:**

Es müssen keinerlei Nachweise vorgelegt werden. Eine Pauschale i.H.v. 25 % des Nettoeinkommens wird in der Berechnung berücksichtigt.

**Wenn ja:**

Ich mache folgende monatliche Aufwendungen geltend:

**Versicherungen** (ohne Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit usw.)

_____	_____ €
_____	_____ €
_____	_____ €

**Berufsbedingte Aufwendungen**

- 1. Fahrt zur Arbeitsstätte
  - a) Kosten für öffentliche Verkehrsmittel \_\_\_\_\_ €
  - b) bei PKW-Benutzung Angabe der Entfernung in km \_\_\_\_\_ km  
(einfache Fahrt)
- 2. Krankenkassenbeitrag \_\_\_\_\_ €  
(sofern kein Sozialversicherungsschutz besteht)

**Schuldverpflichtungen.**

_____	_____ €
_____	_____ €

**Versicherungen für Absicherung der Risiken**  
**Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit**

_____	_____ €
_____	_____ €

**Unterhaltsbeitrag an außerhalb des Haushalts lebende Angehörige**

Name: _____	_____ €
Name: _____	_____ €

**Sonstige Ausgaben und Belastungen/ Stellungnahme**

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

Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_