|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Dienststelle und Aktenzeichen) |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ort und Datum) |
|  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ansprechpartner) |
|  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Telefondurchwahl) |

Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Referat 24

54290 Trier

**Kostenerstattung nach § 3 Landesaufnahmegesetz (AufnG RP)**

**Anzeige von nachgeborenen Kindern i.S.d. § 14a Abs. 2 S. 1 Alt. 2 AsylG**

Hiermit zeigen wir die Geburt des nachstehend genannten Kindes/ der nachstehend genannten Kinder an:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburtsdatum** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Die Personalien der Eltern lauten:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geburtsdatum** | **Verteilungsnummer** |
| Mutter: |  |  |  |
| Vater: |  |  |  |

Die nachfolgenden Hinweise wurden zur Kenntnis genommen und beachtet.

Im Auftrag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Anlage**

Stempel und Unterschrift Geburtenanzeige/n

 bzw. Niederschrift des BAMF

|  |
| --- |
| **Hinweise:*** Die Geburt des Kindes i.S.d. § 14a Abs. 2 S. 1 Alt. 2 AsylG ist der ADD mit diesem Vordruck nebst dazugehöriger Geburtenanzeige des Krankenhauses (alternativ einer Kopie der Niederschrift des BAMF über die Asylantragstellung) **unverzüglich**, jedoch **spätestens innerhalb** eines Zeitraumes von **drei Monaten nach der Geburt** anzuzeigen.
* Eine **rückwirkende Verteilung** ab dem Zeitpunkt der Geburt **und damit eine rückwirkende Abrechnung nach § 3 Landesaufnahmegesetz**  ist **nur bei fristgerechtem Eingang** der Meldung innerhalb von drei Monaten nach der Geburt möglich; im Übrigen gilt das Datum des Eingangs der Meldung der Geburt bei der ADD.
* Die gesetzliche Anzeigepflicht des Vertreters und der Ausländerbehörde i.S.d. § 14a Abs. 2 AsylG bleibt unberührt.
 |