

# KOSTENÜBERNAHME FÜR VERHÜTUNGSMITTEL

## Antrag auf freiwillige Kostenübernahme für Verhütungsmittel

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
IBAN (Internationale Bank-/Kontonummer)

\_\_\_\_\_  
Bankverbindung (Bank/Sparkasse)

\_\_\_\_\_  
BIC (Internationale Bankleitzahl)

Ich beziehe folgende Sozialleistungen:

- Leistungen vom Jobcenter
- Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung nach dem SGB XII von der Region Hannover bzw. vom Sozialamt meines Wohnortes
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vom Sozialamt meines Wohnortes
- Meinen letzten Bewilligungsbescheid habe ich beigelegt.

Meine Ärztin / mein Arzt hat mir folgendes Verhütungsmittel bzw. folgende -maßnahme verordnet (z. B. Antibabypille, Spirale, Hormonimplantat, Dreimonatsspritze, Sterilisation o. ä.):

- \_\_\_\_\_  
 Die ärztliche Verordnung (Rezept) und den evtl. Zahlungsbeleg im Original habe ich beigelegt.
- Für Spirale und Hormonimplantat (einschließlich Untersuchung und Einlegen) oder Sterilisation: Einen Kostenvoranschlag habe ich beigelegt.
- Für eine Sterilisation: Eine Bestätigung einer Beratungsstelle für Frauen, Schwangere oder Familien über eine durchgeführte Beratung (Beratungsschein) **und** eine Bestätigung meiner Ärztin oder meines Arztes, dass die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt, bzw. einen Ablehnungsbescheid der Krankenkasse habe ich beigelegt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte im Sozialamt Ihres Wohnortes einreichen,**  
**NICHT bei der Region Hannover!**