
(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(Postleitzahl, Wohnort)

Landkreis Göttingen
Fachbereich Soziales

37070 Göttingen

Antrag auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln

Ich beantrage für mich die Kostenübernahme für

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pille (3 Monate) | <input type="checkbox"/> Hormonspirale | <input type="checkbox"/> Vaginal-Ring |
| <input type="checkbox"/> Pille (6 Monate) | <input type="checkbox"/> Kupferspirale (bis 3 Jahre) | <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats-Spritze | <input type="checkbox"/> Kupferspirale (bis 5 Jahre) | <input type="checkbox"/> Implanon |

Die ärztliche Verordnung (Pillenrezept) bzw. den Kostenvoranschlag der mich betreuenden Ärztin / des mich betreuenden Arztes habe ich beigelegt.

Ich beziehe

- Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Zweites Buch (SGB II)
- Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII)
- Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Ich habe

- bisher noch keinen Antrag auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln gestellt.
- zuletzt am _____ Mittel für _____ erhalten.

Mir ist bekannt, dass es sich bei der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln um eine freiwillige Leistung des Landkreises Göttingen handelt. Aus einer Bewilligung kann kein Rechtsanspruch abgeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Von der leistungsgewährenden Stelle auszufüllen

Bestätigung des Leistungsbezugs:

Zeitraum der Bewilligung

Stempel / Unterschrift

Alternativ kann dem Antrag auch die Kopie des aktuellen Bescheids oder der SozialCard beigelegt werden.