

**Antrag auf Kostenübernahme zur Finanzierung von  
empfangnisverhütenden Mitteln**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ich beziehe Leistungen aus dem

- SGB II       SGB XII       AsylbLG

unter folgendem Aktenzeichen \_\_\_\_\_.

Ich beantrage die Übernahme der Kosten für:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kupferspirale (Eigenanteil 50 €*)   | <input type="checkbox"/> Pille              |
| <input type="checkbox"/> Hormonspirale (Eigenanteil 50 €*)   | <input type="checkbox"/> Vaginal Ring       |
| <input type="checkbox"/> Kupferkette (Eigenanteil 50 €*)     | <input type="checkbox"/> Verhütungspflaster |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation (Eigenanteil 50 €*)   | <input type="checkbox"/> 3-Monatspritze     |
| <input type="checkbox"/> Hormonimplantat (Eigenanteil 50 €*) |   |

- Die Verordnung und die Quittung bzw. Rechnungen liegen bei

Emden, \_\_\_\_\_  
Antragsteller\*In (Unterschrift)

Emden, \_\_\_\_\_  
pro familia Emden (Unterschrift)

Von pro familia auszufüllen:

Eigenanteil bezahlt am \_\_\_\_\_

Bewilligung der Kostenübernahme für Langzeitverhütungsmittel erteilt am: \_\_\_\_\_

Bitte die Rechnung an:

---

Datum, Unterschrift (pro familia Emden)

**Diese Bewilligung hat eine Gültigkeit von 2 Monaten**

**\*Der Eigenanteil von 50 € muss nach der mündlichen Bewilligung innerhalb von 14 Tagen überwiesen sein,  
da sonst die Genehmigung erlischt !**