

**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 !**