

## Antrag auf Kostenübernahme

aus dem Empfängnisverhütungsmittelfonds des Rheingau-Taunus-Kreises

Datum Antragsstellung: \_\_\_\_\_

Beratungsstelle: \_\_\_\_\_ Berater\*in: \_\_\_\_\_

### Angaben Antragstellerin

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon:\* \_\_\_\_\_ Geb.datum, -ort: \_\_\_\_\_

Email:\* \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe

### Folgende Leistung wird bezogen:

SGB II                       SGB XII                       AsylbLG

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen/BG-Nummer

Ich versichere, dass meine Angaben zutreffend sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Beratungsstelle für Rückfragen zur beantragten Leistung im Rahmen des Verhütungsmittelfonds Kontakt mit den Beratungsstellen/Jobcenter/Sozialamt aufnehmen bzw. Informationen austauschen darf (Schweigepflichtsentbindung).

#### Datenschutzhinweis:

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten bei deren Verarbeitung nach Art. 13, 14 DS-GVO finden sich auf den jeweiligen Internetseiten.

Es handelt sich um eine freiwillige Leistung des Rheingau-Taunus-Kreis, auf die **kein Rechtsanspruch** besteht.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Antragstellerin

### Von der Beratungsstelle auszufüllen:

Rezept vorgelegt:

aktuelle Bescheinigung über Leistungsbezug liegt vor:

Schweigepflichtsentbindung liegt vor:

Beratung nach § 2 SchKG durchgeführt:

vermittelt von: \_\_\_\_\_

Anspruch auf Übernahme der Kosten besteht:  ja                       nein

Kostenübernahmeerklärung erteilt für: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift, Stempel