



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 nach dem SGB II

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 beigefügt.

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 beigefügt.

Für Spirale und Hormonimplantat (einschließlich Untersuchung und Einlegen) oder Sterilisation:
Einen Kostenvoranschlag habe ich beigefügt.

Für eine Sterilisation: Eine Bestätigung meiner Ärztin oder meines Arztes, dass die Krankenkasse die Kosten nicht übernimmt, bzw. einen Ablehnungsbescheid der Krankenkasse habe ich beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift

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