

\_\_\_\_\_  
(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"/> Pille danach     | <input type="checkbox"/> Kupferspirale (bis 5 Jahre) | <input type="checkbox"/> Vasektomie         |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats-Spritze | <input type="checkbox"/> Implanon                    | <input type="checkbox"/> Sterilisation      |

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.**