

# Antrag auf Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel

Füllen Sie diesen Antrag bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben aus.

Landkreis Hameln-Pyrmont  
Sozialamt / Team 33.2  
Frau Zeibe  
Süntelstraße 9  
31785 Hameln

Eingangsvermerk

<b>Antragstellerin</b> Name und Vorname	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b> PLZ, Ort, Straße und Haus-Nr.:	
<b>Telefon-Nr. für eventuelle Rückfragen</b>	
<b>Bankverbindung</b>	IBAN
	BIC
	Kreditinstitut:
<b>Ich beziehe seit mindestens 2 Monaten ununterbrochen folgende Sozialleistung(en)</b>	<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz <input type="checkbox"/> Wohngeld <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II / Sozialgeld <input type="checkbox"/> Kinderzuschlag
	<b>Bitte aktuelle(n) Bescheid(e) beifügen!</b>

## Wichtiger Hinweis:

Versicherte **bis zum vollendeten 22. Lebensjahr** haben seit dem 29.03.2019 nach § 24 a SGB V Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln **durch die Krankenkasse**, soweit sie ärztlich verordnet werden.

Der Landkreis Hameln-Pyrmont übernimmt ab dem Jahr 2013 als **freiwillige Leistung** die Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel, soweit diese Kosten **nicht** von den **Krankenkassen** oder durch andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger zu tragen sind. Auf diese freiwillige Leistung besteht **kein Rechtsanspruch**. Sie wird im Rahmen der hierfür vorgesehenen Haushaltsmittel in der Reihenfolge des Antragsvorgangs gewährt. Wenn die Mittel für das Haushaltsjahr erschöpft sind, ist eine Kostenübernahme nicht mehr möglich.

**Die Kostenübernahme wird nicht automatisch sofort nach Antragsstellung, sondern kann erst nach Beschlussfassung des Haushaltes durch den Kreistag erfolgen.**

**Ich beantrage die Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel.**

## Notwendige Unterlagen:

- ärztliche Verordnung des Präparats (Rezept) und Quittungsbeleg
- Aktuelle Leistungsbescheide

## Bei Kosten über 100,00 Euro:

- Kostenvoranschlag der Ärztin/des Arztes

Ort/Datum	Unterschrift Antragstellerin