**Landratsamt Eichstätt**

Soziale Sicherung und Integration

**Antrag auf Leistungen aus dem**

**Familienplanungsfonds**

Erstantrag  Wiederholungsantrag

**1. Angaben zur Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname | Geburtsdatum |

|  |
| --- |
| Anschrift (Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort) |

|  |
| --- |
| Telefonnummer / Emailadresse (freiwillig) |

|  |
| --- |
| Ich haben meinen Hauptwohnsitz im Landkreis Eichstätt, habe das 22. Lebensjahr vollendet und erhalte folgende Leistungen bzw. gehöre zu folgendem Personenkreis  Sozialgesetzbuch II: Arbeitslosengeld II  Sozialgesetzbuch III: Berufsausbildungsbeihilfe (BAB)  Sozialgesetzbuch VIII: Kinder- und Jugendhilfegesetz  Sozialgesetzbuch XII: Sozialhilfe  Bundesausbildungsförderungsgesetz: BAföG  Wohngeldgesetz: Wohngeld  §6a Bundeskindergeldgesetz: Kinderzuschlag  Asylbewerberleistungsgesetz: Asylbewerberleistungen |

**2. Bankverbindung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontoinhaber | Kreditinstitut | |
| IBAN | | BIC |

**3. Kostenerstattung**

|  |
| --- |
| Die Kostenerstattung soll wie folgt abgewickelt werden  die Kosten wurden bereits selbst bezahlt und sollen auf das Bankkonto überwiesen werden **oder**  die Kosten sollen im Rahmen einer Kostenübernahmeerklärung direkt mit dem Arzt abgerechnet werden |

**4. Nachweise**

|  |
| --- |
| Als Nachweis lege ich folgende Unterlagen **in Kopie** bei  Personalausweis (Vorder- und Rückseite)  bzw. bei Ausländern/Asylbewerbern entsprechende Dokumente  Bescheid über Sozialleistungen/ Nachweis der Zugehörigkeit zur Personengruppe |

**Weitere Nachweise**

|  |
| --- |
| Soweit vorhanden lege ich folgende Nachweise **in Kopie** bei  Kostenvoranschlag für ärztliche Leistungen  Quittungsbeleg/Rechnung über bereits gezahlte Verhütungsmittel  Bei Sterilisation eine Bestätigung der Krankenkasse, dass die Kosten nicht  übernommen werden |

**5. Antrag**

|  |
| --- |
| Ich beantrage die Erstattung der Kosten für folgendes Verhütungsmittel  Hormonspirale  Kupferspirale  Hormonimplantat (Implanon)  Depotspritze (3 Monate)  Notwendige Vorbehandlung zur Feststellung der Verträglichkeit des Hormons  Sterilisation (Frau)  Vasektomie (Mann) |

**6. Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ort, Datum Unterschrift

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine obigen Daten maschinell erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.**

**Datenschutzhinweis: Die Daten werden mit Zustimmung des Antragstellers erhoben und sind für die Bearbeitung des Antrages erforderlich.**