Stadt Ingolstadt

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 habe das 22. Lebensjahr vollendet und erhalte folgende Leistungen bzw. gehöre zu folgendem Personenkreis

☐ laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel SGB XII

☐ Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII

☐ Arbeitslosengeld II oder Sozialgeld (SGB II)

☐ dem Haushalt eines SGB II Leistungsberechtigten angehörenden unverheirateten unter 25jährigen Kinder, die aufgrund des Leistungsbezugs von Kindergeld nach § 7 Abs. 3 Nr. 4 SGB II von SGB II Leistungen ausgeschlossen sind

☐ Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

☐ Empfänger von Wohngeld (WoGG)

☐ Leistungsberechtigte des Kinderzuschlags nach § 6a Bundeskindergeldgesetz (BKGG) einschließlich de (Ehe-)Partners und der bei der Berechnung des Kinderzuschlags berücksichtigten Personen

☐ Übernahme von Beiträgen von Kindertageseinrichtungen oder ganz oder teilweiser Erlass von Kitagebühren (§ 90 Abs. 3 und 4 SGB VIII)

☐ BaföG

☐ Berufsausbildungsbeihilfe

☐ Leistungen für Auszubildende nach § 27 SGB II

☐ freiwilliges soziales oder ökologisches Jahr

☐ Bundesfreiwilligendienst

☐ Härtefallregelung (Bestätigung einer Schwangerschaftsberatungsstelle notwendig)

2. Bankverbindung

Bankverbindung (IBAN, Kreditinstitut, Kontoinhaber)

3. Nachweise

Als Nachweis lege ich folgende Unterlagen **in Kopie** bei

☐ Personalausweis bzw. bei Ausländern/Asylbewerbern entsprechende Dokumente

☐ Rückseite IngolstadtPass **oder** ☐ Bescheid/Nachweis über die aktuelle Leistung

Weitere Nachweise

Soweit vorhanden lege ich folgende Nachweise **in Kopie** bei

- ☐ ärztliche Verordnung
- ☐ Kostenvoranschlag für ärztliche Leistungen
- ☐ Quittungsbeleg/Rechnung über bereits gezahlte Verhütungsmittel
- ☐ Befürwortung Schwangerschaftsberatungsstelle oder Arzt bei nicht verordnungspflichtigen Verhütungsmitteln
- ☐ bei Sterilisation eine Bestätigung der Krankenkasse, dass die Kosten nicht übernommen werden
- ☐ Bestätigung Härtefallregelung einer Schwangerschaftsberatungsstelle

4. Antrag

Ich beantrage die Erstattung der Kosten für folgendes Verhütungsmittel

- ☐ Pille (das Rezept kann bis zu sechs Monate ausgestellt werden)
- ☐ Pille danach
- ☐ Depot-/Dreimonatsspritze
- ☐ Hormon-/Kupferspirale
- ☐ Kupferkette
- ☐ Verhütungsstäbchen
- ☐ Vaginalring
- ☐ Verhütungspflaster
- ☐ Vasektomie
- ☐ Kondome
- ☐ Sterilisation (soweit nicht medizinisch notwendig)
- ☐ nicht aufgeführtes ärztlich verordnetes Verhütungsmittel:
- ☐ nicht verordnungspflichtiges von einer Schwangerschaftsberatungsstelle oder einem Arzt befürwortetes Verhütungsmittel:

5. Kostenerstattung

Die Kostenerstattung soll wie folgt abgewickelt werden

☐ die Kosten wurden bereits selbst bezahlt und sollen auf das Bankkonto überwiesen werden; die Verhütungsmittel kosten weniger als 100 Euro und die ärztliche Verordnung ist nicht älter als ein Monat **oder**

☐ die Verhütungsmittel kosten mehr als 100 Euro und die Behandlung wurde noch nicht durchgeführt und die Kosten sollen im Rahmen einer Kostenübernahmeerklärung direkt mit dem Arzt abgerechnet werden **und**

☐ die Kosten für das Verhütungsmittel wurden bei einer Apotheke von der Antragstellerin verauslagt und sollen auf das angegeben Bankkonto überwiesen werden

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.