

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Datum

An den  
Landkreis Diepholz  
FD Soziales  
Niedersachsenstr. 2  
49356 Diepholz

### Erstattung von Kosten für Verhütungsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für Verhütungsmittel: \_\_\_\_\_  
(Art des Verhütungsmittels)

Ich beziehe aktuell Leistungen nach folgenden Vorschriften:

SGB II     SGB XII (3. Und 4. Kapitel)     AsylbLG

Die Kosten von \_\_\_\_\_ Euro habe ich ausgelegt und bitte um Überweisung an

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Ich möchte, dass die Kosten direkt mit der Apotheke bzw. der Arztpraxis abgerechnet werden und bitte dafür um vorherige Kostenzusage.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Anlagen:

- Kopie aktueller Bescheid der Leistungen (SGB II; XII oder AsylbLG) (Leistungsbezug seit mindestens drei Monaten!)
- Original-Verordnung/ Rezept oder Rechnung über Verhütungsmittel
- Quittung (wenn die Kosten bereits verauslagt wurden)