

## Antrag auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bankverbindung \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

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

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

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

### Ich beziehe aktuell oder seit mindestens 3 Monaten Leistungen:

- nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II / Bürgergeld (bitte Bescheid in Kopie beifügen)  
 nach dem AsylbLG  
 nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII (sofern Sie Leistungen von einem anderem Träger, außerhalb des Landkreises Diepholz erhalten, bitte den Bescheid beifügen)

### Ich beantrage die Kostenübernahme für folgendes Verhütungsmittel:

- Pille  Spirale/Kupferkette/Kupferball  Dreimonatsspritze  
 Sterilisation  Hormonimplantat

### Bitte überweisen Sie den Zuschuss auf:

- auf mein Konto  auf das Konto der Apotheke bzw. Arztpraxis

**Die Originalverordnung bzw. das Originalrezept und die Quittung/ Rechnung liegen bei.**

X

Ort, Datum

Unterschrift

### Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

#### Verantwortliche/r:

Landkreis Diepholz, vertreten durch den Landrat  
Niedersachsenstr.2 49356 Diepholz  
Telefon: 05441/976-0

#### Datenschutzbeauftragte/r:

Itebo GmbH, Herr Kim Schoen  
Dielinger Str. 39/40, 49077 Osnabrück  
Telefon: 0541/9631-222 E-Mail: dsb@itebo.de

**zu verarbeitende Daten:** z.B.: Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnort, Kontodaten, Geschlecht, Alter etc.

**Art der Verarbeitung:** z.B. Speicherung, Verwendung, Offenlegung durch Übermittlung

**Erhebungszweck:** Leistungen für die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln.

#### Diese Erklärung ist freiwillig.

Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO finden Sie unter <https://www.diepholz.de/datenschutz>. Diese Informationen können auf Wunsch auch in Papierform zur Verfügung gestellt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Unterschrift