

# Information

## Kostenübernahme für Ihr Verhütungsmittel

Wir können Ihr Verhütungsmittel bezahlen. Hier ist eine Anleitung:

### Wer kann einen Antrag stellen?

- :: Sie wohnen in Hamburg  
(Meldeadresse: Siehe Personalausweis oder Meldebestätigung).
- :: Sie sind älter als 22 Jahre.
- :: Sie haben kein oder wenig Einkommen.

Sie können uns anrufen. Tel.: 040 309 97 49 10

→ Bitte bezahlen Sie nichts im Voraus.

### Wir stellen einen Antrag für Sie. Dafür brauchen wir von Ihnen:

#### 1. Das Rezept von der\*m Ärzt\*in für Ihr Verhütungsmittel

(z. B. Pille, Spirale, Kupferkette, NuvaRing, Implanon, Pflaster, 3-Monats-Spritze)

#### 2. Kostenvoranschlag von der\*m Ärzt\*in

(Monatsspritze, Spirale, Kupferkette, Implanon)

#### 3. Schreiben Sie uns:

- :: Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt?
- :: Welche Nationalität haben Sie?
- :: Ihre Adresse und Telefonnummer

#### 4. Bekommen Sie eine der folgenden Sozialleistungen?

- :: Bürgergeld (Jobcenter-Leistungen)
- :: Grundsicherung (Sozialhilfe gem. SGB XII)
- :: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- :: Wohngeld
- :: Kinderzuschlag
- :: BAföG/BAB

→ Wichtig: Wir brauchen den **aktuellen Bescheid** (Kopie oder Scan der 1. Seite).

### **ODER: Sie bekommen keine Sozialleistungen. Aber Sie haben ein sehr geringes Einkommen. Bitte schicken Sie uns:**

- :: Mietvertrag (Kopie oder Scan, die Kaltmiete muss zu sehen sein)
- :: Lohnbescheinigungen der letzten 3 Monate (Kopie oder Scan)
- :: Leben Sie mit Ihrer\*m Partner\*in in einem Haushalt?  
Schicken Sie uns auch seine/ihre Lohnbescheinigungen der letzten 3 Monate!

Wenn die Kostenübernahme bewilligt wurde, schicken wir Ihnen einen Brief.  
Die Kostenübernahme ist für die Apotheke und/oder für Ihre\*n Ärzt\*in.

# Antrag für Kostenübernahme für Ihr Verhütungsmittel

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (freiwillig) \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder in Ihrem Haushalt \_\_\_\_\_

## 1. Bekommen Sie eine der folgenden Sozialleistungen?

- :: Bürgergeld (Jobcenter-Leistungen)
- :: Grundsicherung (Sozialhilfe gem. SGB XII)
- :: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- :: Wohngeld
- :: Kinder-Zuschlag
- :: BAföG/BAB

Ja → dann schicken Sie uns die 1. Seite des **aktuellen Bescheids** (Kopie oder Scan).

Nein → weiter zur 2. Frage:

## 2. Sie bekommen keine Sozialleistungen? Sie haben ein geringes Einkommen?

Ja → dann schicken Sie uns:

:: Mietvertrag: nur die Seiten mit dem Namen und der Miete (Kopie oder Scan)

:: Lohnbescheinigungen der letzten 3 Monate (Kopie oder Scan)

Sie wohnen mit Ihrer\*m Partner\*in in einem Haushalt?

Ja → dann schicken Sie uns:

:: seine/ihre Lohnbescheinigungen der letzten 3 Monate

### 3. Zusätzlich brauchen wir von Ihnen:

#### 1. Das Rezept von der\*m Ärzt\*in für Ihr Verhütungsmittel

(z. B. Pille, Spirale, Kupferkette, NuvaRing, Implanon, Pflaster, 3-Monats-Spritze)

#### 2. Kostenvoranschlag von der\*m Ärzt\*in

(z. B. Spirale, Kupferkette, Implanon, 3-Monats-Spritze)

**Diese Unterlagen schicken Sie mit dem Antrag an pro familia  
(Bitte kreuzen Sie an):**

- Bescheid über eine Sozialleistung (siehe Frage 1)
  - Lohnbescheinigungen der letzten 3 Monate von Ihnen und ggf. Ihrer\*m Partner\*in (siehe Frage 2)
  - Mietvertrag: nur die Seiten mit dem Namen und der Miete (siehe Frage 2)
- Schicken Sie bitte keine Originale. Wir brauchen nur eine Kopie oder einen Scan.
- Rezept von der\*m Ärzt\*in
  - Kostenvoranschlag von der\*m Ärzt\*in

Datum \_\_\_\_\_

### So schicken Sie uns den Antrag:

Mit E-Mail an:

**kue.antrag@profamilia.de**

oder

Mit der Post an:

**pro familia Hamburg  
z. H. Verwaltung  
Seewartenstraße 10  
20459 Hamburg**

Die Bearbeitung dauert ungefähr 4–8 Wochen.  
Danke für Ihre Geduld.

**Bitte bezahlen Sie nichts im Voraus – dann können die Kosten nicht mehr übernommen werden!**