

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname und Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Straße Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Ort)

Kreis Heinsberg  
Amt für Soziales

52523 Heinsberg

### **Antrag auf Leistungen aus dem Verhütungsmittelfonds des Kreises Heinsberg**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Leistungen aus dem Verhütungsmittelfonds des Kreises Heinsberg für folgendes Verhütungsmittel:

- Einsatz einer Hormonspirale
- Einsatz einer Kupfer-oder Goldspirale
- Einsatz eines Kupferstäbchens
- Einsatz eines Implanons
- 3-Monats-Spritze
- Anti-Baby-Pille

Nachweise über mein Einkommen sowie eine ärztliche Verordnung füge ich bei.

#### **Hinweis:**

Wir beachten den gesetzlichen Datenschutz. Die Informationen gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bzw. ggf. der personenbezogenen Daten Ihres Kindes und/oder Ihrer Angehörigen können Sie auf der Internetseite unter [https://www.kreis-heinsberg.de/datenschutz\\_infos/](https://www.kreis-heinsberg.de/datenschutz_infos/) einsehen. Sofern Sie einen Ausdruck des Merkblattes zu Ihrer Verfügung oder eine persönliche Information wünschen, wenden Sie sich bitte an die/den im Briefkopf genannte/n Sachbearbeiter/in.

Ich bin mit der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und ggf. Weitergabe meiner persönlichen Daten einverstanden. Sofern Sie hiermit nicht einverstanden sind, kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Ja

Nein

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

#### **Anlage**

- Nachweise über das vorhandene Einkommen
- Ärztliche Verordnung / Kostenvoranschlag
- ggfs. Erklärung der/des behandelnden Gynäkologin/Gynäkologen, dass die Anti-Baby-Pille das einzige im Einzelfall geeignete Verhütungsmittel darstellt