

Träger der Eingliederungshilfe:	Herangezogene Gebietskörperschaft:	Ausführende Dienststelle:
Sozialagentur Sachsen-Anhalt	 MANSFELD SÜDHARZ	Amt für Soziales und Integration Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12 06526 Sangerhausen
	Aktenzeichen:	Eingangsstempel:

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.	<b>ANLAGE</b>		
	Umsetzung des Untersuchungsgrundsatzes nach § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und der Beweismittelbedienung nach § 21 SGB X		
	<b>LEBENS LAUF</b>		
	für die Bedarfsermittlung und Feststellung der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)		
	– Ist von dem/der Antragsteller/in auszufüllen. –		
	Gemäß § 60 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 3 sowie Absatz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) hat, wer Sozialleistungen beantragt, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen Beweisurkunden vorzulegen. Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.		
	<b>Leistungen werden beantragt für:</b>		
	Familienname (ggf. Geburtsname angeben)	Vorname(n)	Geburtsdatum
	Wohnanschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)		
	<b>Vertreten durch (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer):</b>		
Name, Vorname(n), Vertretungsfunktion			
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort			
<b>Angaben aller Wohnanschriften (auch vergangener):</b>			
<b>Angaben zum schulischen Werdegang:</b>			

**Angaben zum beruflichen Werdegang (auch Ausbildung / Studium):**

--

**Angaben zu bereits in Anspruch genommenen medizinischen / rehabilitativen Maßnahmen:**

--

**Sonstige wichtige Angaben:**

--

Zutreffendes bitte ankreuzen  bzw. ausfüllen. Angaben sind durch notwendige Nachweise zu belegen.

**Rechtsverbindliche Unterschrift**

Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragstellers/in / gesetzlichen Vertreters
------------	--

**Rechtsverbindliche Unterschrift bei minderjährigen Antragstellern**

Ort, Datum	Unterschrift der Eltern / Sorgeberechtigte / gesetzlicher Vertreter
------------	---

Mit dieser Unterschrift wird das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt.  
(Bitte ankreuzen, wenn nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt.)