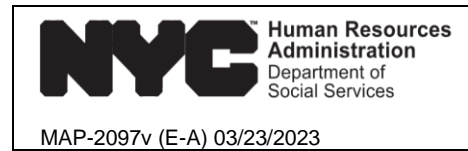


**INFORMATION ABOUT PARENTS OR SPOUSES
NOT LIVING IN THE HOUSEHOLD**



Applicant's Name: _____

Non-custodial Parent / Spouse Information:

Name: _____ D.O.B. _____

Parent of: _____

Spouse of: _____

Address: _____
(if known)

Social Security Number: _____
(if known)

The information above is true and complete to the best of my knowledge.

Signature

Date

Do you have a medical or mental health condition or disability? Does this condition make it hard for you to understand this notice or to do what this notice is asking? Does this condition make it hard for you to get other services at HRA? **We can help you.** Call us at 888-692-6116. You can also ask for help when you visit an HRA office. You have a right to ask for this kind of help under the law.

معلومات عن الوالدين أو الزوج/الزوجة الذين لا يعيشون في المنزل

اسم مقدم الطلب: _____

معلومات الوالد/الزوج/الزوجة غير الحاضرين:

الاسم: _____ تاريخ الميلاد _____

والد لـ: _____

زوج/زوجة لـ: _____

العنوان: _____
(إذا كان معلومًا)

رقم الضمان الاجتماعي: _____
(إذا كان معلومًا)

المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي.

_____ التاريخ

_____ التوقيع

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.