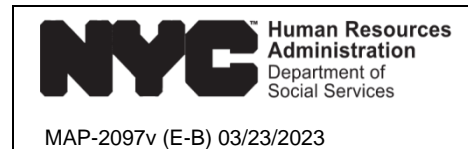


**INFORMATION ABOUT PARENTS OR SPOUSES  
NOT LIVING IN THE HOUSEHOLD**



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.

পরিবারের সঙ্গে থাকেন না এমন পিতামাতা বা স্বামী  
বা স্ত্রীর সম্পর্কিত তথ্য

আবেদনকারীর নাম: \_\_\_\_\_

নন-কাস্টোডিয়াল পেরেন্ট/স্বামী বা স্ত্রীর তথ্য:

নাম: \_\_\_\_\_

জন্ম তারিখ \_\_\_\_\_

এর পিতা বা মাতা: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

এর স্বামী বা স্ত্রী: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

(যদি জানা থাকে)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: \_\_\_\_\_

(যদি জানা থাকে)

আমার জানা মতে তথ্য সত্য এবং সঠিক।

স্বাক্ষর

তারিখ

**আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী?** এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কী HRA-এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি।** 888-692-6116 এই নম্বরে আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি যখন HRA অফিসে আসবেন তখনও সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুসারে এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।