

**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)

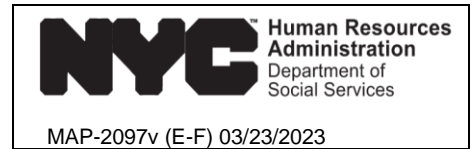
The information above is true and complete to the best of my knowledge.

\_\_\_\_\_  
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.

**INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS OU  
CONJOINTS NE VIVANT PAS AU SEIN DU FOYER**



Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

**Informations concernant le parent non gardien ou le/la conjoint(e) :**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Parent de : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Conjoint(e) de : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(si connue)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
(si connue)

Les informations ci-dessus sont à ma connaissance véridiques et complètes.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ?** Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 888-692-6116. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.