

**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 212-331-4640. 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.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZICÓW LUB
MAŁŻONKÓW NIEMIESZKAJĄCYCH W
GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

Imię i nazwisko wnioskodawcy: _____

Informacje o rodzicu niesprawującym opieki / małżonku:

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia _____

Dziecko: _____

Współmałżonek: _____

Adres: _____
(jeśli jest znany)

Numer ubezpieczenia społecznego: _____
(jeśli jest znany)

Powyższe informacje są zgodne z prawdą i kompletne według stanu mojej wiedzy i przekonań.

Podpis

Data

Czy jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), chory(-a) lub chory(-a) psychicznie? Czy stan Pana(-i) zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego powiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy Pana(-i) stan zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy zadzwonić pod numer 888-692-6116. Pomoc można również uzyskać podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z prawem ma Pan(i) prawo otrzymać taką pomoc.