

**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.

**ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЯХ ИЛИ СУПРУГАХ,  
ПРОЖИВАЮЩИХ ОТДЕЛЬНО**



Полное имя заявителя: \_\_\_\_\_

**Информация о проживающем отдельно родителе/супруге:**

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Является родителем: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Является супругом/супругой: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_  
(если известен)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Номер социального страхования: \_\_\_\_\_  
(если известен)

Подтверждаю, что, насколько мне известно, указанная выше информация является точной и полной.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Дата

**У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность? Это нарушение мешает Вам понять смысл данного уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Вам трудно пользоваться другими услугами HRA? Мы сможем Вам помочь.** Позвоните нам по номеру 888-692-6116. Вы также сможете обратиться за помощью во время посещения офиса HRA. Вы имеете законное право потребовать такую помощь.