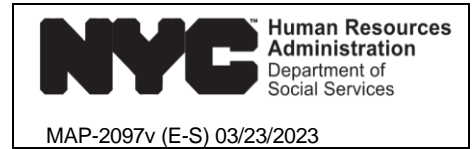


**INFORMATION ABOUT PARENTS OR SPOUSES
NOT LIVING IN THE HOUSEHOLD**



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.

**INFORMACIÓN SOBRE PADRES O CÓNYUGES
QUE NO VIVEN EN EL HOGAR**



Nombre del solicitante: _____

Información sobre el cónyuge o padre/madre que no tiene la custodia:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/madre de: _____

Cónyuge de: _____

Dirección: _____
(si se conoce)

Número de Seguro Social: _____
(si se conoce)

La información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

¿Padece usted una discapacidad o afección médica o psiquiátrica? ¿Le dificulta la misma entender o cumplir este aviso? ¿Le dificulta la afección recibir otros servicios de la HRA? **Nosotros podemos prestarle ayuda. Llámenos al 888-692-6116. Usted también puede pedir asistencia al visitar las oficinas de la HRA. Conforme a la ley, usted tiene el derecho de solicitar este tipo de ayuda.**