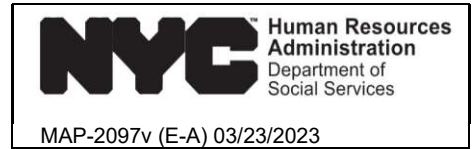


**INFORMATION ABOUT PARENTS OR SPOUSES  
NOT LIVING IN THE HOUSEHOLD**



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.

اسم مقدم الطلب: \_\_\_\_\_

معلومات الوالد/الزوج/الزوجة غير الحاضرين:

الاسم: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

والد لـ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

زوج/زوجة لـ: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_  
(إذا كان معلومًا)

\_\_\_\_\_

رقم الضمان الاجتماعي: \_\_\_\_\_  
(إذا كان معلومًا)

المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي.

التاريخ \_\_\_\_\_

التوقيع \_\_\_\_\_

هل تعاني من حالة صحية أو إعاقة بدنية أو ذهنية؟ هل تجعل هذه الحالة فهم هذا الإخطار أو تنفيذ ما يطلبه أمرًا صعبًا عليك؟ هل تجعل هذه الحالة من حصولك على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة الموارد البشرية (HRA) أمرًا صعبًا؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 888-692-6116. يمكنك أيضًا طلب المساعدة عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يكفل لك القانون حق طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة.