

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.

가구 내에서 함께 생활하지 않는 부모 또는 배우자에 관한 정보



신청자 성명: _____

비양육 부모 / 배우자 정보:

이름: _____ 생년월일 _____

다음의 부모: _____

다음의 배우자: _____

주소: _____

(알고 있는 경우)

소셜 시큐리티 번호: _____

(알고 있는 경우)

상기의 정보는 본인이 알고 있는 한도 내에서 진실이며 완전한 사실입니다.

서명

날짜

의학적 또는 정신적 상태나 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 이러한 상태로 인해 HRA에서 기타 서비스를 받기 어려우십니까? 저희가 도와 드리겠습니다. 212-331-4640번으로 전화하십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하셔도 됩니다. 해당 법에 따라 귀하는 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.