

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.

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 212-331-4640. 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.**