

FORMULAIRE DE DEMANDE / RECERTIFICATION -- Programme PGW de responsabilité du client (CRP)

Nom : _____ Numéro de compte : _____

Adresse : _____ Code postal : _____ Téléphone : (____) _____

Veuillez cocher :

- ☐
- Nouvelle demande
-
- ☐
- Recertification

Renseignements sur le ménage (Veuillez énumérer tous les enfants et adultes vivant chez vous, en commençant par vous-même)

Nom de famille	Prénom	Relation	N° de sécurité sociale	Date de naissance	Moins de 18 ans O/N
		Soi-même			

**(UNIQUEMENT POUR
USAGE PGW)**

Revenu mensuel brut

(S'il vous faut ajouter d'autres membres de votre foyer, veuillez attacher une page séparée)

Revenu mensuel
moyen total du ménage

IMPORTANT : Joignez des copies des documents de revenu à jour pour tous les membres du ménage énumérés ci-dessus (p. ex., tous les fiches de paie des 30 derniers jours, une lettre de la sécurité sociale). PGW se servira de cette documentation pour calculer le revenu mensuel brut moyen pour chaque membre du ménage, en utilisant les rentrées depuis le début de l'année, si nécessaire. Pour les adultes de plus de 18 ans qui n'ont pas de revenu, utilisez les lignes ci-dessous pour expliquer leur situation actuelle (p. ex., « ont présenté une demande de chômage, mais ne sont pas admissibles », « inscrits au lycée ou au collège »). Le fait de ne pas fournir ces informations lorsque vous présentez une demande pourra entraîner une vérification de suivi, ce qui retardera le traitement de votre demande.

Demande D'Aide Financière Complémentaire (à être rempli dans son intégralité et signé par la personne qui fournit l'aide)

Si une personne qui ne vit pas chez vous vous fournit une aide financière ou fournit une aide financière à un autre membre de votre foyer, elle devra remplir la section ci-dessous et signer à l'endroit indiqué. PGW pourra exiger la vérification des informations indiquées dans cette section.

Nom de la personne qui fournit de l'aide : _____ Télé _____

Adresse : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Je certifie fournir _____/mois d'aide en espèces au candidat CRP figurant ci-dessus et je comprends que PGW puisse solliciter vérification de ces informations sur demande.

(Signature de la personne qui fournit l'aide)

Autres services d'aide (Une réponse oui/non est requise)

Indiquez si votre ménage reçoit les types d'aide suivants énumérés ci-dessous, ainsi que le montant reçu pour chacun d'eux (veuillez joindre des documents, tels la lettre d'admissibilité du DPW (MTP) ou un imprimé COMPASS). PGW n'inclut PAS le montant en dollars de cette aide en tant que revenu lors de la détermination de l'admissibilité au CRP. Le but de l'obtention de ces renseignements est de réduire le besoin de suivi au moment de déterminer comment votre ménage fait face aux frais de subsistance de base.

Bons alimentaires ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer le montant mensuel _____Subvention au logement
(p. ex., logement des PVVIH, bon) ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer le montant mensuel _____**Responsabilités du client**

1. J'accepte de payer à PGW le montant mensuel du CRP, plus 5 \$ pour mes arriérés d'avant le programme (le cas échéant), et les frais supplémentaires qui s'appliquent.
2. Je comprends que je ne recevrai 1/36e remise des arriérés d'avant le programme que pendant les mois où je paierai mon montant total dû, à temps et dans sa totalité.
3. Je comprends que si je manque un paiement, je serai en défaut, les activités de recouvrement commenceront et mon service pourra être coupé.
4. J'accepte de faire une demande de LIHEAP et de citer PGW comme la société de services publics à laquelle je veux que le paiement soit envoyé.
5. J'accepte de recertifier chaque année en soumettant une demande de CRP comportant des informations à jour au sujet de mon foyer et des documents de revenu.

6. J'accepte de déclarer tous les changements dans la taille et le revenu du ménage, même si les changements surviennent avant ma recertification annuelle requise.
7. J'accepte d'accepter les services gratuits des programmes de conservation de PGW, s'ils me sont offerts.
8. Je consens à faire un effort important de conservation d'énergie.
9. J'autorise par la présente PGW à vérifier les informations fournies sur ce formulaire par le biais de sources internes et tierces, y compris les dossiers de la ville et de l'État et à obtenir des informations supplémentaires auprès de toute source pour quelque examen que ce soit.
10. J'accepte que si je ne respecte pas l'une de mes responsabilités de client ci-dessus, PGW pourra me retirer du programme de responsabilité du client.

Notification importante

Les exigences du service d'indemnités de chômage de la Pennsylvanie limitent l'inscription au CRP aux clients qui répondent à l'admissibilité au revenu. PGW utilise des sources internes et tierces, ainsi que des déterminations standard des prestations faites par l'Administration de la sécurité sociale et le Ministère de la protection sociale, pour vérifier et évaluer régulièrement les informations et la documentation fournies par les clients qui font une demande de CRP. Si, à la suite d'une enquête, il s'avère que vous auriez fourni de faux renseignements, vous serez retiré du CRP et pourriez être tenu de rembourser les rabais et les annulations de dettes dont vous auriez bénéficié pendant la période pour laquelle vous n'étiez pas admissible au programme. Vous pouvez également faire l'objet de poursuites pénales pour fraude. En signant ci-dessous, vous reconnaissez avoir fourni des informations complètes et correctes, avoir lu et compris cet avis et accepter les responsabilités du client énoncées ci-dessus.

Représentant PGW _____ **Signature du client** _____ **Date** _____