

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO/RECERTIFICAÇÃO no Programa de Responsabilidade do Cliente (CRP) da PGW

Nome: _____ Número da conta: _____

Assinale:

Recertificação de nova

Inscrição

Endereço: _____ Código postal: _____ Telefone: () _____

Informações domésticas (Liste todas as crianças e adultos que moram em sua casa, começando por você)

Sobrenome	Primeiro nome	Relação	Número da previdência social	Data de nascimento	Menores de 18 S/N
		Si mesmo			

(SOMENTE PARA USO DA PGW)
Média bruta mensal incl.

(Se você precisar incluir mais membros da família, anexe uma folha separada)

Renda familiar média
mensal total

IMPORTANTE: Anexe cópias da documentação de renda atual de todos os membros da família listados acima (por exemplo, todos os recibos de pagamento nos últimos 30 dias, carta de previdência social). A PGW usará esta documentação para calcular a renda mensal bruta média de cada membro da família, usando os ganhos do ano até a data, se necessário. Para adultos com mais de 18 anos que não têm renda, use as linhas abaixo para explicar sua situação atual (por exemplo, "registrou-se para o seguro-desemprego, mas não está qualificado", "matriculou-se no ensino médio/faculdade"). O não fornecimento dessas informações ao se inscrever pode exigir uma verificação de acompanhamento, o que atrasará o processamento.

Assistência financeira adicional (deve ser preenchido na íntegra e assinado pela pessoa que presta assistência)

Se alguém que não mora em sua casa oferece assistência financeira a você ou a outra pessoa em sua casa, essa pessoa deve preencher a seção abaixo e assinar onde for indicado. A PGW pode exigir a verificação das informações declaradas nesta seção.

Nome da pessoa que presta assistência: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Assinatura da pessoa que prestou assistência) Certifico que forneço assistência em dinheiro _____/mês ao solicitante do CRP listado acima e entendo que a PGW pode solicitar a verificação dessas informações mediante solicitação.

Outra assistência (Resposta de Sim ou Não é obrigatória)

Indique se a sua família recebe os seguintes tipos de assistência listados abaixo e o valor recebido para cada um (anexe a documentação, como a Carta de Elegibilidade do DPW ou uma impressão do COMPASS). A PGW NÃO inclui o valor em dólares desta assistência como receita ao determinar a elegibilidade para o CRP. O objetivo de obter essas informações é reduzir a necessidade de acompanhamento ao determinar como sua família cobre as despesas básicas de vida.

Vale-refeição Não Sim Em caso afirmativo, indique o valor por mês _____

Subsídio de moradia (por exemplo, moradia PHA, voucher) Não Sim Em caso afirmativo, liste o valor por mês _____

Responsabilidades do cliente

1. Concordo em pagar à PGW o valor mensal do CRP, mais \$ 5 para os atrasos do pré-programa (se houver) e outros encargos adicionais aplicáveis.
2. Eu entendo que receberei o perdão de 1/36 dos atrasos do pré-programa apenas nos meses em que eu pagar o valor total devido em dia e na íntegra.
3. Eu entendo que se eu perder um pagamento, estarei inadimplente, a atividade de cobrança começará e meu serviço poderá ser suspenso.
4. Concordo em solicitar LIHEAP e listar a PGW como a empresa de serviços públicos para a qual desejo o pagamento.
5. Eu concordo em fazer a recertificação a cada ano, enviando um formulário do CRP com informações atualizadas da família e documentação de renda.
6. Concordo em informar todas as mudanças no tamanho e na renda da família, mesmo se as mudanças ocorrerem antes de minha recertificação anual exigida.
7. Eu concordo em aceitar os serviços gratuitos dos programas de conservação da PGW, se oferecidos a mim.
8. Eu concordo em fazer um esforço significativo para conservar energia.
9. Autorizo a PGW a verificar as informações fornecidas neste formulário por meio de fontes internas e de terceiros, incluindo registros da cidade e do estado, e a obter informações adicionais de qualquer fonte para qualquer análise.
10. Eu concordo que se eu deixar de cumprir qualquer uma das Responsabilidades do Cliente acima, a PGW pode me remover do Programa de Responsabilidade do Cliente.

Aviso importante Os requisitos do PUC limitam a inscrição no CRP aos clientes que atendem à elegibilidade de renda. A PGW usa fontes internas e de terceiros, bem como determinações de benefícios padrão feitas pela Administração da Previdência Social e pelo Departamento de Bem-Estar Público, para auditar e avaliar rotineiramente as informações e documentação fornecidas pelos clientes que se inscrevem no CRP. Se, por meio de investigação, for descoberto que você forneceu informações falsas, você será removido do CRP e poderá ser obrigado a reembolsar os descontos e perdão recebidos durante o período para o qual não era elegível para o programa. Você também pode estar sujeito a processo criminal por fraude. Ao assinar abaixo, você reconhece que forneceu informações completas e corretas, leu e compreendeu este aviso e concorda com as Responsabilidades do Cliente acima.

Representante da PGW _____ Assinatura do cliente _____ Data _____