

# ФОРМА ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ ИЛИ ПРОХОЖДЕНИЕ ПОВТОРНОЙ ПРОВЕРКИ по Программе с участием потребителей в оплате (Customer Responsibility Program (CRP)) компании PGW

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Номер учетной записи: \_\_\_\_\_

Отметьте:  
 Новая заявка  
 Заявка на повторную сертификацию

Адрес: \_\_\_\_\_ Почтовый код: \_\_\_\_\_ Телефон: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Информация о семье (Укажите всех детей и взрослых в семье, начав с себя)					
Фамилия	Имя	Степень родства	№ социального обеспечения	Дата рождения	До 18 лет ДА/НЕТ
		Я сам			

(FOR PGW USE ONLY  
 (ТОЛЬКО ДЛЯ КОМПАНИИ PGW))  
 Average gross monthly inc.

(Если вам не хватило места для всех членов семьи, укажите их на отдельном листе) Средний суммарный  
 месячный доход семьи

**ВАЖНО:** Приложите копии документов о текущих доходах всех членов семьи, указанных выше (например, все квитанции о заработной плате за последние 30 дней, письмо службы социального страхования). При необходимости компания PGW использует эти документы для подсчета среднего суммарного ежемесячного дохода каждого члена семьи по данным о зарплате с начала года. Для взрослых возрастом более 18 лет, не имеющих дохода, поясните в следующих строках текущую ситуацию (например, «подал заявление на пособие по безработице, но не имеет на него права», «учится в школе (колледже)»). Если вы не представите информацию вместе с заявкой, это может потребовать последующей проверки и задержит рассмотрение заявки.

### Дополнительная финансовая помощь (заполняется полностью и подписывается лицом, предоставляющим помощь)

Если кто-то, живущий вместе с вами, предоставляет финансовую помощь вам или другому проживающему с вами лицу, вы должны заполнить графы этого раздела и подписаться в отведенном для подписи поле. Компания PGW может потребовать подтверждение информации, приведенной в этом разделе.

Имя и фамилия лица, предоставляющего помощь: \_\_\_\_\_ Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Заявляю, что я предоставляю денежную помощь в сумме \_\_\_\_\_ в месяц указанному заявителю (Подпись лица, предоставляющего помощь) на участие в программу CRP и мне известно, что PGW может запросить проверку этой информации.

### Прочая помощь (Требуется ответить Да или Нет)

Укажите получает ли ваша семья указанную ниже помощь и сумму каждого вида помощи (приложите документ, например, письмо Управления социального обеспечения (DPW) о праве на получение помощи или распечатку из электронной системы подачи заявок на получение социальной помощи (COMPASS)). Компания PGW НЕ включает сумму этой помощи в доход при определении права на участие в программе CRP. Эта информация собирается для сокращения потребности в проведении дальнейших проверок при определении способа покрытия основных расходов на проживание вашей семьи.

Продуктовые талоны  Нет  Да Если да, укажите ежемесячную сумму \_\_\_\_\_  
 Субсидии на жилье (например, предоставленное Управлением жилищного строительства штата Пенсильвания (PHA), ваучер)  Нет  Да Если да, укажите ежемесячную сумму \_\_\_\_\_

### Обязанности потребителя

1. Я согласен платить компании PGW ежемесячный платеж по программе CRP плюс \$5 на покрытие расходов на вступление в программу (если они имеются) и прочие дополнительные сборы, которые могут быть применимы.
2. Мне известно, что я буду освобожден от оплаты 1/36 расходов на вступление в программу только в те месяцы, когда назначенный мне платеж будет внесен своевременно и полностью.
3. Мне известно, что пропуск одного платежа будет нарушением, начнется принудительный сбор платежей, и мое обслуживание будет прекращено.
4. Я согласен подать заявку на программу LIHEAP и указать компанию PGW как поставщика коммунальных услуг, куда должен направляться платеж.
5. Я согласен проходить ежегодную проверку, подавая заявку на программу CRP с новой информацией о семье и новыми документами о доходе.
6. Я согласен сообщать обо всех изменениях в составе и доходе семьи, даже если они происходят до обязательной ежегодной проверки.
7. Я согласен принять бесплатные услуги по программе энергосбережения компании PGW, если они будут мне предложены.
8. Я согласен принимать существенные меры для энергосбережения.
9. Настаиваю я разрешаю компании PGW проверять информацию, указанную в этой форме, по внутренним и сторонним источникам, включая документы в государственных организациях города и штата, и получать дополнительную информацию из любых источников для любых проверок.
10. Я согласен, что если я не выполню любую из указанных выше обязанностей потребителя, компания PGW может исключить меня из числа участников Программы с участием потребителей в оплате (CRP).

**Важное уведомление** Требование Комиссии штата Пенсильвания по коммунальным услугам для населения (PUC) предусматривает запись в Программу CRP только потребителей, доход которых отвечает определенным критериям. Компания PGW использует внутренние и сторонние источники, а также стандарты Управления социального обеспечения США и Управления социального обеспечения штата Пенсильвания по определению льгот для повседневного проведения аудитов и оценки информации и документов, предоставленных потребителями, которые подают заявки на участие в Программе CRP. Если в ходе проверки будет установлено, что вы предоставили ложную информацию, вы будете исключены из числа участников Программы CRP и, возможно, должны будете возместить скидки и списанные долги за период, в течение которого вы не имели права на участие в программе. Против вас также может быть возбуждено уголовное дело за мошенничество. Подписавшись ниже, вы заявляете, что предоставили полную и верную информацию, прочли и поняли настоящее уведомление, и принимаете указанные выше Обязанности потребителя.

Представитель PGW \_\_\_\_\_ Подпись потребителя \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_