

**ФОРМА ЗАЯВКИ НА УЧАСТЬ АБО ПРОХОДЖЕННЯ ПОВТОРНОЇ ПЕРЕВІРКИ
по Програмі з участю споживачів в оплаті (Customer Responsibility Program (CRP)) компанії PGW**

Ім'я та прізвище: _____

Номер облікового запису: _____

Відмітьте:
 Нова заявка
 Заявка на повторну сертифікацію

Адреса: _____ Поштовий код: _____ Телефон (____) _____

Інформація про родину (Вкажіть усіх дітей і дорослих в родині, починаючи з себе)

Прізвище	Ім'я	Ступінь спорідненості	№ соціального забезпечення	Дата народження	До 18 р. ТАК/НІ
		Я один			

(FOR PGW USE ONLY
(ТІЛЬКИ ДЛЯ КОМПАНІЇ PGW))
середній сумарний місячний дохід

(Якщо не вистачило місця для усіх членів родини, вкажіть їх на окремому аркуші)

ВАЖЛИВО: Додайте копії документів про поточні доходи всіх членів родини, зазначених вище (наприклад, всі квитанції про заробітну плату за останні 30 днів, лист служби соціального страхування). За необхідності компанія PGW використає ці документи для підрахунку середнього сумарного щомісячного доходу кожного члена родини за даними про заробіток з початку року. Для дорослих віком понад 18 років, які не мають доходу, поясніть у наступних рядках поточну ситуацію (наприклад, «подав заяву на допомогу з безробіття, але не має на нього права», «навчається в школі (коледжі)»). Якщо ви не подасте інформацію разом із заявою, це може потребувати подальшої перевірки і затримає розгляд заявки.

Додаткова фінансова допомога (заповнюється повністю і підписується особою, яка надає допомогу)

Якщо хтось, хто живе разом з вами, надає фінансову допомогу вам або іншій особі, що проживає з вами, ви повинні заповнити графі цього розділу і підписатися у відведеному для підпису полі. Компанія PGW може вимагати підтвердження інформації, наведеної у цьому розділі

Ім'я і прізвище особи, яка надає допомогу: _____ Номер телефону: _____

Адреса: _____ Місто: _____ Штат: _____ Поштовий індекс: _____

_____ Заявляю, що я надаю грошову допомогу у сумі _____ на місяць вказаному заявнику (Підпис особи, яка надає допомогу) на участь у програмі CRP, і мені відомо, що PGW може запросити перевірку цієї інформації.

Інша допомога (Необхідно відповісти «Так» або «Ні»)

Вкажіть чи отримує ваша родина зазначену нижче допомогу і суму кожного виду допомоги (прикладіть документ, наприклад, лист управління соціального забезпечення (DPW) про право на отримання допомоги або роздруковку з електронної системи подачі заявок на отримання соціальної допомоги (COMPASS)). Компанія PGW НЕ включає суму цієї допомоги в дохід при визначенні права на участь у програмі CRP. Ця інформація збирається для скорочення потреби у проведенні подальших перевірок при визначенні способу покриття основних витрат на проживання вашої родини.

Продуктові талони Ні Так Якщо так, вкажіть щомісячну суму _____

Субсидії на житло (наприклад, надані Управлінням житлового будівництва штату Пенсильванія (PHA), ваучер) Ні Так Якщо так, вкажіть щомісячну суму _____

Обов'язки споживача

1. Я згоден платити компанії PGW щомісячний платіж за програмою CRP плюс \$5 на покриття витрат на вступ до Програми (якщо вони є) та інші додаткові збори, які можуть бути застосовні.
2. Мені відомо, що я буду звільнений від оплати 1/36 витрат на вступ до програми тільки в ті місяці, коли призначений мені платіж буде внесений своєчасно і повністю.
3. Мені відомо, що пропуск одного платежу буде порушенням, почнеться примусовий збір платежів, і моє обслуговування буде припинено.
4. Я згоден подати заявку на програму LINEAP і вказати компанію PGW як постачальника комунальних послуг, куди повинен направлятися платіж.
5. Я згоден проходити щорічну перевірку, подаючи заявку на програму CRP з новою інформацією про родину і новими документами про дохід.
6. Я згоден повідомляти про всі зміни у складі і доході родини, навіть якщо вони відбуваються до обов'язкової щорічної перевірки.
7. Я згоден прийняти безкоштовні послуги з програми енергозбереження компанії PGW, якщо вони будуть мені запропоновані.
8. Я згоден вживати суттєвих заходів для енергозбереження.
9. Цим я дозволяю компанії PGW перевіряти інформацію, зазначену в цій формі, за внутрішніми і сторонніми джерелами, включаючи документи в державних організаціях міста і штату, і отримувати додаткову інформацію з будь-яких джерел для будь-яких перевірок.
10. Я згоден, що якщо я не виконаю будь-який із зазначених вище обов'язків споживача, компанія PGW може виключити мене з числа учасників Програми з участю споживачів в оплаті (CRP).

Важливе повідомлення Вимога комісії штату Пенсильванія з комунальних послуг для населення (PUC) передбачає запис у Програму CRP тільки споживачів, дохід яких відповідає певним критеріям. Компанія PGW використовує внутрішні та сторонні джерела, а також стандарти управління соціального забезпечення США та управління соціального забезпечення штату Пенсильванія щодо визначення пільг для повсякденного проведення аудитів та оцінки інформації та документів, наданих споживачами, які подають заявки на участь у програмі CRP. Якщо в ході перевірки буде встановлено, що ви надали неправдиву інформацію, ви будете виключені з числа учасників програми CRP і, можливо, повинні будете відшкодувати знижки і списані борги за період, протягом якого ви не мали права на участь в програмі. Проти вас також може бути порушено кримінальну справу за шахрайство. Підписавшись нижче, ви заявляєте, що надали повну і вірну інформацію, прочитали і зрозуміли це повідомлення, і приймаєте зазначені вище **Обов'язки споживача**

Представник PGW _____ **Підпис споживача** _____ **Дата** _____