PROGRAMA DE RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE- CUSTOMER RESPONSIBILITY PROGRAM (CRP) DE PGW

¿Qué es el Programa de Responsabilidad del Cliente (CRP) de PGW?

CRP es un programa de asistencia al cliente que puede ayudar a los clientes de bajos ingresos a pagar mejor sus facturas de PGW y mantener su servicio de gas. Los clientes de CRP pagan un monto con descuento en función de los ingresos brutos y el tamaño de su hogar, o el monto promedio de la factura, lo que sea menor. Los clientes que paguen el monto total adeudado recibirán el perdón de sus deudas pasadas.

Instrucciones para completar la solicitud

1. Lea las Responsabilidades del Cliente y el Aviso Importante.
2. En la sección Información del hogar, haga una lista de todos los miembros del hogar, incluido usted mismo, junto con el número de seguro social y la fecha de nacimiento de cada persona. El número de Seguro Social o de identificación y la fecha de nacimiento del titular de la cuenta no son obligatorios.
   a. Para los miembros del hogar mayores de 18 años que no tienen ingresos, proporcione una breve declaración para describir su situación actual (e.gramo., que asiste a la escuela, que está desempleado y que no tiene derecho al desempleo).
   b. Debe proporcionar documentación de todas las fuentes de ingresos en el hogar.
      i. Consulte la página siguiente para obtener una lista de las formas de ingresos aceptadas.
   c. Si no desea proporcionar el número de seguro social de los miembros del hogar, debe proporcionar algún otro tipo de número de identificación (por ejemplo, número de licencia de conducir, número de pasaporte o número de visa).
3. Si recibe apoyo financiero indocumentado de alguien que no vive en su hogar, esa persona debe completar la sección de Asistencia Adicional en la solicitud, en su totalidad, y firmarla.
4. Complete la sección Otra asistencia.
   a. Si recibe beneficios de cupones de alimentos/SNAP o un subsidio de vivienda, coloque una marca de verificación en la casilla junto a "Sí" y anote la cantidad recibida cada mes. La documentación de esta asistencia puede ser requerida por PGW si así lo solicita.
   b. Si no recibe beneficios de cupones de alimentos/SNAP o un subsidio de vivienda, coloque una marca de verificación en la casilla junto a **"No"**
5. **Firme y feche la solicitud.**

Responsabilidades del cliente

1. Entiendo que la Comisión de Servicios Públicos de Pensilvania (PUC, por sus siglas en inglés) requiere que los clientes cumplan con la elegibilidad de ingresos para inscribirse en CRP.
2. Entiendo que recibiré una condonación mensual de deudas pasadas en el transcurso de 36 meses, pero solo en los meses en que pague el monto total adeudado.
3. Entiendo que si me olvido de un pago, estaré en incumplimiento de pago, la actividad de cobro puede comenzar y mi servicio puede ser cancelado.
4. Estoy de acuerdo en volver a certificarme cada dos años mediante la presentación de una solicitud de CRP con información actualizada del hogar y documentación de ingresos.
5. Acepto informar todos los cambios en el tamaño de mi hogar y los ingresos, incluso si los cambios ocurren antes de la fecha de recertificación requerida.
6. Estoy de acuerdo en aceptar los servicios gratuitos de los programas de eficiencia energética de PGW si se me ofrecen.
7. Estoy de acuerdo en hacer un esfuerzo significativo para conservar la energía.
8. Estoy de acuerdo en que si se encuentra información falsa durante una investigación, podría haber un enjuiciamiento penal por fraude. Además, acepto que si no cumplo con alguno de los términos de servicio enumerados, PGW puede eliminarme del Programa de Responsabilidad del Cliente y facturarme los cargos aplicables.
9. Al firmar este documento, reconozco que he proporcionado información completa y correcta, he leído y entendido este aviso y acepto las Responsabilidades del Cliente anteriores.

Envíe la solicitud completa y las copias de los documentos requeridos a:

Philadelphia Gas Works
Customer Responsibility Program
P.O. Box 3529
Philadelphia, PA 19122-0529

Su solicitud completa también puede enviarse por fax a:

215-398-3361

Escanee para aplicar en línea:

O vaya a:
PGWorks.com/CRP

Programa de Responsabilidad del Cliente (CRP) DE PGW FORMULARIO DE

Documentos de ingresos aceptables para presentar *(proporcionar solo cuando corresponda)*

1. Comprobantes de pago actuales (recibidos en los últimos 30 días o en los últimos 12 meses).
2. Seguro Social: carta de adjudicación, estado de cuenta bancario o declaración de impuestos.
3. Pensión: Comprobantes de pago o estados de cuenta bancarios.
4. Hoja de detalles del DHS o impresión de la brújula que muestra los beneficios en efectivo para niños u otros miembros del hogar.
5. Hoja detallada del Departamento de Trabajo e Industria que muestra los beneficios de desempleo.
6. Talones de pago por discapacidad a corto y/o largo plazo.
7. Si trabaja por cuenta propia: Estado de cuenta bancario con depósitos o declaración de impuestos del año anterior.
8. Orden judicial de manutención de los hijos recibida en nombre de un niño u orden judicial de pensión alimenticia.
9. Pagos de manutención para el cuidado de crianza.
10. Si usa ingresos de alquiler: Proporcione una declaración de impuestos federales del año anterior que muestre los ingresos de alquiler o incluya una copia de su contrato de arrendamiento de inquilino y muestre evidencia de ingresos de alquiler, como estados de cuenta bancarios o recibos de alquiler, junto con:
    a. El estado de cuenta más reciente de la hipoteca de la propiedad alquilada.
    b. Comprobante de propiedad de la propiedad con una escritura.

Titular de la cuenta:

Nombre completo: Número de cuenta de PGW:

Dirección: Ciudad: Estado:

Codigo Postal: Teléfono:

Información del hogar: (Por favor, haga una lista de todos los niños y adultos que viven en su casa, empezando por usted)

Posibles números de identificación: Utilice uno de los números a continuación en la 4ª columna para el tipo de **identificación.**

(1) Número de Seguro Social **(2)** Licencia de Conducir **(3)** Carné de estudiante **(4)** Número de pasaporte **(5)** Número de visa

(6) Número de Identificación Fiscal Personal **(7)** Otro:

Apellido	Nombre	Relación	Tipo de ID	Número de identificación	Fecha de nacimiento	Menores de 18 años (S/N)
		(Propio)				

(Si necesita incluir más miembros del hogar, adjunte una hoja aparte)

**Para prevenir el fraude, se requiere identificación. Tanto los adultos como los menores de edad —a excepción del titular de la cuenta— deben presentar uno de los documentos de identificación mencionados anteriormente*

Tenga en cuenta: Hay preguntas adicionales en la parte posterior de esta página ➡

Programa de Responsabilidad del Cliente (CRP) DE PGW FORMULARIO DE

Asistencia adicional:

Si alguien que no vive en su hogar le brinda asistencia financiera a usted o a otra persona en su hogar, debe completar la sección a continuación y firmar donde se indica. PGW puede requerir la verificación de la información indicada en esta sección.

Nombre de la persona que presta asistencia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

_____
(Firma de la persona que presta la asistencia)

Certifico que proporciono $_____/mes en asistencia en efectivo a la El solicitante de CRP mencionado anteriormente y entiendo que PGW puede solicitar la verificación de esta información si se solicita.

Cero Ingresos:

IMPORTANTE: Si ni usted, ni nadie en su hogar, ha recibido ningún tipo de ingresos, asistencia financiera, manutención de niños ni ningún otro tipo de asistencia en efectivo en los últimos 30 días, aparte de los beneficios de SNAP, un vale de vivienda o un pago de servicios públicos de la Autoridad de Vivienda de Filadelfia, describa a continuación cómo su hogar satisface las necesidades básicas de alimentos, vivienda y servicios públicos cada mes.

Víveres	Vivienda	Utilidades

Otras asistencias:

Marque las casillas a continuación si alguien en su hogar recibe alguna de las ayudas que se enumeran a continuación. Envíe documentos que muestren cuánta asistencia recibe para cada uno. PGW no considera estos tipos de asistencia como ingresos al decidir si usted califica para el CRP. PGW requiere esta información para determinar si usted tiene suficiente dinero para sus necesidades básicas.

☐ Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) Si está marcado, ¿cuánto por mes? $ _____

☐ Subsidio de vivienda (por ejemplo, vivienda PHA, vale) Si está marcado, ¿cuánto por mes? $ _____

Firma: (la solicitud se considera incompleta hasta que esté firmada por el cliente de PGW)

_____ _____ _____

Imprimir nombre **Firma** **Fecha**