

Programa de Responsabilidad del Cliente (CRP) SOLICITUD / RECERTIFICACIÓN

Nombre: _____ Número de cuenta: _____

| |
|---|
| Marque una: <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Recertificación |
|---|

Web

Dirección: _____ Código postal: _____ Tel: (____) _____

Integrantes de su hogar/ingresos : (Nombre todos los niños y adultos que viven en su hogar, comenzando por usted)

| Apellido | Nombre | Parentesco | Núm. de Seguro Social: | Fecha de nacimiento | Menor de 18 S/N | (Uso para PGW solamente) Ingreso bruto/mes |
|--|--------|------------|------------------------|---------------------|---------------------------------|---|
| | | Yo | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| (Si necesita más espacio para otros miembros, adjunte una hoja con la información) | | | | | Ingreso total mensual del hogar | |

IMPORTANTE: Adjunte comprobantes de los ingresos actuales en los últimos 30 días de todos los miembros indicados más arriba que reciben salario u otro tipo de ingreso (p. ej. copias de talonarios de cheque, carta del seguro social, carta de manutención de los hijos, determinación de desempleo, etc.). En el caso de los adultos mayores de 18 años que no tienen ingresos, explique en los siguientes renglones su situación actual (p. ej. "solicité desempleo, pero no califico", "inscrito en un programa de capacitación", "inscrito en una escuela media o universidad", etc.). Si no proporciona esta información con la solicitud, puede que PGW tenga que verificarla, lo cual alargaría el proceso. _____

Asistencia económica adicional (la persona que proporciona la asistencia debe llenar y firmar esta sección)

Si alguien que no vive en su hogar le da asistencia económica a usted o a alguno de los integrantes de su hogar, esa persona deberá completar y firmar esta sección. Es posible que PGW requiera verificación de esta información.

Nombre de la persona que proporciona asistencia: _____ Tel: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Yo certifico que proporciono \$ _____ /al mes al hogar del solicitante indicado arriba.

Firma

Otra asistencia (tiene que contestar Sí o No)

Indique si su hogar recibe los siguientes tipos de asistencia y la cantidad que recibe de cada uno. PGW **NO** incluye la cantidad de esta asistencia en los cálculos para determinar si califica para el programa CRP. La finalidad de obtener esta información es reducir la necesidad de seguimiento al determinar cómo paga su hogar los gastos básicos.

Cupones de alimentos No Sí Si sí, anote la cantidad mensual _____

Subsidio para vivienda (p. ej. Vivienda de PHA, voucher) No Sí Si sí, anote la cantidad mensual _____

Responsabilidades del cliente

1. Acepto pagarle a PGW la cantidad mensual del CRP más \$5 aplicables al saldo anterior al programa (si corresponde) y los cargos adicionales correspondientes.
2. Entiendo que me perdonarán 1/36 de lo que debo con anterioridad al programa únicamente en los meses en los que pague a tiempo el saldo completo de ese mes.
3. Entiendo que si no realizo un pago mi cuenta entrará en mora, se iniciarán las medidas de cobranza y mi servicio puede ser suspendido.
4. Acepto solicitar el programa LIHEAP y poner a PGW como la compañía de servicios públicos a la que deseo que envíen el pago.
5. Acepto recertificarme cada año mediante el envío de una solicitud CRP con información actualizada sobre los integrantes del hogar y comprobantes de ingresos.
6. Acepto informar de todos los cambios en el número de los integrantes del hogar y de los ingresos, incluso si los cambios ocurren antes de la recertificación anual.
7. Estoy de acuerdo en aceptar los servicios gratuitos de los programas de conservación de PGW, si me los ofrecen.
8. Acepto que haré todo lo posible por conservar energía.
9. Por medio de la presente autorizo que PGW verifique la información que proporcioné en esta solicitud a través de terceros y recursos internos, incluidos los archivos municipales, estatales, y federales y que obtenga información adicional de cualquier otra fuente para cualquier evaluación.
10. Acepto que si no cumplo con las Responsabilidades del cliente indicadas más arriba, PGW podría retirarme del Programa de Responsabilidad del Cliente.

Aviso importante: De conformidad con los requisitos de PUC, solamente los clientes que cumplen con los límites de ingresos pueden participar en el programa CRP. PGW utiliza fuentes internas y terceros al igual que determinaciones de beneficios estándar de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) y del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services) para realizar auditorías y evaluar la información y documentación que los clientes proporcionan cuando solicitan el programa CRP. Si después de dicha investigación se determina que usted proporcionó información falsa, se le retirará del programa CRP y es posible que tenga que pagar los descuentos y cantidades que se le perdonaron durante el periodo en el que no calificaba para el programa. También podría estar sujeto a cargos penales por fraude. Al firmar a continuación, usted confirma que proporcionó información verídica y completa, leyó y entiende este aviso y acepta las responsabilidades del cliente

Representante de PGW _____ Firma del cliente _____ Fecha _____