

Reference no. (for office use only)

Please print

Mr. Ms Miss Mrs.	Last name	First name	Date of birth	day	mo.	year
---------------------------	-----------	------------	------------------	-----	-----	------

Address (number, street, apartment number or Rural Route)

City, Town	Postal Code	Telephone number ()
------------	-------------	-------------------------

What is your worker's name?	What is your worker's caseload number?
-----------------------------	--

Why do you want an internal review? Please check one box.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I was refused basic financial assistance. | <input type="checkbox"/> My basic financial assistance has been suspended. |
| <input type="checkbox"/> My basic financial assistance has been reduced. | <input type="checkbox"/> My basic financial assistance has been cancelled. |
| <input type="checkbox"/> An overpayment has been set up on my case file. | <input type="checkbox"/> I was refused an additional benefit or I disagree with the amount provided. |

What is the date on the letter telling you about the decision?

day	mo.	year
-----	-----	------

Why do you disagree with the decision?

An internal review is supposed to be requested within 30 days from the day you receive the letter telling you about the decision. The letter should tell you the last day your internal review request was to be made. If it is now past that date, please explain why you could not make your request earlier. The time to request an internal review will only be extended in exceptional circumstances.

You will be told whether or not the time to request an internal review will be extended.

Please sign this form and mail it or drop it off at the Ontario Works office where the decision you disagree with was made.

Signature	Date
-----------	------

Notice with Respect to the Collection of Personal Information*(Freedom of Information and Protection of Privacy Act)**(Municipal Freedom of Information and Protection of Privacy Act)*

This information is collected under the legal authority of the *Ontario Disability Support Program Act*, 1997, sections 5, 10, 45 & 46 or the *Ontario Works Act*, 1997, sections 7, 8, 15, 57 & 58 for the purpose of administering Government of Ontario social assistance programs. For more information contact

_____ at ()
in your local Ontario Works or ODSP office.

Numéro de référence (réservé au bureau)

En caractères d'imprimerie

M. M ^{me}	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	jour	mois	année
-----------------------	----------------	--------	-------------------	------	------	-------

Adresse (numéro, rue, n° d'appartement ou route rurale)

Cité, Ville	Code postal	N° de téléphone ()
-------------	-------------	------------------------

Comment s'appelle votre chargé(e) de cas?	Quel est le numéro de charge de cas de votre chargé(e) de cas?
---	--

Pourquoi voulez-vous une révision interne? Veuillez cocher une boîte.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> On m'a refusé de l'aide financière de base. | <input type="checkbox"/> Mon aide financière de base a été suspendu. |
| <input type="checkbox"/> Mon aide financière de base a été réduite. | <input type="checkbox"/> Mon aide financière de base a été annulée. |
| <input type="checkbox"/> On a déterminé un paiement excédentaire dans mon dossier. | <input type="checkbox"/> On m'a refusé une prestation additionnelle ou je ne suis pas d'accord avec le montant versé. |

Quelle est la date indiquée sur la lettre vous informant de la décision?

jour	mois	année
------	------	-------

Pourquoi n'êtes vous pas d'accord avec la décision?

Le délai prescrit pour demander une révision interne est de 30 jours à partir du jour où vous recevez la lettre vous informant de la décision. La lettre devrait vous indiquer le dernier jour où vous avez le droit de faire une demande d'une révision interne. Si cette date est passée, veuillez expliquer pourquoi vous n'avez pas pu faire votre demande plus tôt. Le délai prescrit pour faire une demande de révision interne ne sera prorogé qu'en cas de circonstances exceptionnelles.

On vous informera, le cas échéant, s'il y a prorogation du délai.

Veillez signer cette formule et l'expédiez au bureau du programme Ontario au travail où la décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord a été prise.

Signature

Date

Avis concernant la collecte de renseignements personnels*(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)**(Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)*

Les articles 5, 10, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, ou les articles 7, 8, 15, 57 et 58 de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* autorisent la présente collecte de renseignements aux fins de l'application des programmes de l'aide sociale du gouvernement de l'Ontario. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec

_____ au _____,
au bureau du programme Ontario au travail ou du POSPH de votre localité.