

**Instructions**

- Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées.
- Où faire parvenir le formulaire
  1. Consultez la lettre que vous avez reçue vous informant de la décision avec laquelle vous êtes en désaccord.
  2. Postez ou télécopiez le formulaire à l'adresse indiquée dans l'en-tête de la lettre.

Nom de famille	Prénom
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° d'identification du membre (9 chiffres)

Quel type de décision souhaitez-vous faire réviser?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ma demande de soutien du revenu a été refusée<br><br><input type="checkbox"/> Mon soutien du revenu a été interrompu<br><br><input type="checkbox"/> Mon soutien du revenu a été réduit<br><br><input type="checkbox"/> On a déterminé un paiement excédentaire dans mon dossier<br><br><input type="checkbox"/> On m'a refusé une prestation ou je ne suis pas d'accord avec le montant versé | <input type="checkbox"/> Je ne suis pas d'accord avec la décision prise par l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées<br><br><input type="checkbox"/> Mon dossier de soutien à l'emploi du POSPH a été suspendue ou fermé<br><br><input type="checkbox"/> On a déterminé que je ne suis pas admissible au soutien de l'emploi du POSPH<br><br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|---|--|

Quelle est la date indiquée sur la lettre vous informant de la décision? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Pourquoi êtes-vous en désaccord avec la décision? (facultatif) Si vous avez des renseignements qui pourraient être utiles à la révision, veuillez les expliquer ci-dessous et joindre tout document au présent formulaire (p. ex., reçus, renseignements médicaux supplémentaires, etc.).

---



---



---



---

Vous devez demander la révision interne dans les 30 jours qui suivent le jour où vous avez reçu la lettre vous informant de la décision. Si plus de 30 jours se sont écoulés, **veuillez expliquer pourquoi vous avez eu besoin de plus de temps**. Si votre demande est présentée en retard pour une raison qui échappe à votre contrôle, il est possible que nous fassions la révision interne même si la date limite est passée.

---



---



---

Signature	Date (jj/mm/aaaa)
-----------	-------------------

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

Ces renseignements sont recueillis en vertu des articles 5, 10, 32, 33, 36, 45 et 46 de la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, aux fins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec \_\_\_\_\_,  
au ( ) \_\_\_\_\_, à votre bureau local du programme Ontario au travail ou du POSPH.