



Request for Withdrawal of Internal Review

Last Name		First Name		Middle Initial
Unit No.	Street No.	Street Name		PO Box
City/Town			Province	Postal Code
Telephone No. (incl. area code)			Date of Birth (yyyy/mm/dd)	

What is your worker's name?

Last Name	First Name	Middle Initial
-----------	------------	----------------

I wish to withdraw my request for an internal review of the decision to:

- deny my application for basic financial assistance
- reduce my basic financial assistance
- set up an overpayment on my case file
- suspend my basic financial assistance
- cancel my basic financial assistance
- deny my request for an additional benefit or to provide an amount that I disagree with

This decision was explained in a letter dated (yyyy/mm/dd)

I understand that by withdrawing my request for an internal review, I no longer have the right to appeal this decision to the Social Benefits Tribunal.

Signature	Date (yyyy/mm/dd)
-----------	-------------------

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.

Nom de famille			Prénom		Initiale du 2 ^e prénom
N ^o de bureau	N ^o de la rue	Nom de la rue			Case postale
Ville				Province	Code postal
N ^o de téléphone (y compris indicatif régional)			Date de naissance (aaaa/mm/jj)		

Comment s'appelle votre chargé(e) de cas?

Nom de famille		Prénom		Initiale du 2 ^e prénom
----------------	--	--------	--	-----------------------------------

J'aimerais retirer ma demande de révision interne de la décision de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> refuser ma demande d'aide financière de base | <input type="checkbox"/> suspendre l'aide financière de base |
| <input type="checkbox"/> réduire l'aide financière de base | <input type="checkbox"/> annuler l'aide financière de base |
| <input type="checkbox"/> recouvrer un paiement excédentaire dans mon dossier | <input type="checkbox"/> refuser ma demande de prestations additionnelles ou de fournir un montant avec lequel je ne suis pas d'accord |

Une explication de cette décision a été rendue dans une lettre datée du (aaaa/mm/jj)

Je comprends qu'en retirant ma demande de révision interne, je n'ai plus le droit d'interjeter appel de cette décision devant le Tribunal de l'aide sociale.

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

Notice 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.