

**Numéro d'identification :**

*En caractère d'imprimerie*

Nom de famille	Prénom	Date de naissance			
		<table border="1"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année
Jour	Mois	Année			
Adresse (numéro, numéro d'appartement, rue ou route rurale)		Casier postal			
Ville / Village	Code postal	Numéro de téléphone			

Qui était votre Gestionnaire de cas? \_\_\_\_\_

Pourquoi êtes-vous en désaccord avec la décision prise? **Veillez cocher une case.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> On m'a refusé de l'aide       | <input type="checkbox"/> Mon aide est suspendue                     |
| <input type="checkbox"/> Mon aide a été réduite        | <input type="checkbox"/> Mon aide a été annulée                     |
| <input type="checkbox"/> J'ai un paiement excédentaire | <input type="checkbox"/> On m'a refusé une prestation additionnelle |

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

Veillez expliquer la (les) raison(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Veillez noter :** Le délai prescrit pour **demander une révision interne est de 30 jours** à partir de la date que vous recevez la lettre vous informant de la décision. La lettre devrait indiquer le dernier jour que vous avez le droit de faire une demande de révision interne. Pour ne pas retarder le processus, assurez-vous que l'information que vous fournissez est complète.

**Veillez retourner à :**

59, rue Court, C.P. 303, L'Original ON K0B 1K0

Télécopieur : 613-675-4970

**Case I.D.**

*Please print*

Last Name	First Name	Date of Birth			
		<table border="1"> <tr> <td>Day</td> <td>Month</td> <td>Year</td> </tr> </table>	Day	Month	Year
Day	Month	Year			
Address (number, apartment number, street or rural route)		P.O. Box			
City/Town	Postal Code	Telephone Number			

Who was your Case Manager? \_\_\_\_\_

Why do you disagree with the decision made? **Please check one box.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I was refused assistance       | <input type="checkbox"/> My assistance has been suspended    |
| <input type="checkbox"/> My assistance has been reduced | <input type="checkbox"/> My assistance has been cancelled    |
| <input type="checkbox"/> I have an overpayment          | <input type="checkbox"/> I was refused an additional benefit |

When was the decision made? (Date) \_\_\_\_\_

Please explain the reason(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Please note:** An **internal review is to be requested within 30 days** of receipt of the letter of the decision you are disputing. The letter should tell you the last day your internal review request is to be made. To avoid any delays, make sure that the information you give is complete.

**Please return to:**

59 Court St., P.O. Box 303, L'Original ON K0B 1K0

Fax: 613-675-4970

## **LE PROCESSUS DE RÉVISION INTERNE**

Une révision interne est une revue informelle d'une décision faite concernant l'aide financière que vous recevez ou avez reçue. C'est une occasion pour Ontario au travail de vérifier que les règles ont bien été appliquées dans votre cas.

Pour faire une demande de révision interne, vous devez :

- compléter la version française du formulaire « **Demande de révision interne** » au verso de ce document et le retourner dûment complété dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre de décision
- expliquer clairement pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec la décision prise
- conserver une copie parce que vous en aurez peut-être besoin plus tard si vous décidez de porter la décision en appel au Tribunal de l'aide sociale (TAS).

Dès réception de votre demande, un autre employé (habituellement un Agent de présentation des cas ou un Superviseur Ontario au travail) révisera votre demande et vous appellera peut-être pour des clarifications. Vous devriez envoyer tout renseignement additionnel que vous jugez utile pour la révision interne. Nous vous répondrons par écrit dans les trente (30) jours suivant la réception de votre demande écrite.

Si vous désirez obtenir des conseils juridiques à ce sujet, vous pouvez communiquer avec la *Clinique juridique populaire de Prescott-Russell, inc.* au 1-800-250-9220. Remarque : Vous pouvez annuler votre demande de révision interne, mais si vous le faites, vous ne pourrez plus porter la décision en appel au Tribunal de l'aide sociale.

**VOUS DEVEZ COMPLÉTER UNE DEMANDE DE RÉVISION INTERNE ET ATTENDRE DE RECEVOIR UNE RÉPONSE AVANT D'INTERJETER APPEL AU TRIBUNAL**

## **PROCESSUS D'APPEL AU TRIBUNAL DE L'AIDE SOCIALE (TAS)**

Si vous n'êtes pas d'accord avec le résultat de la révision interne, vous pouvez interjeter appel auprès du TAS, un organisme indépendant qui examine les décisions d'Ontario au travail. Pour faire appel au TAS, vous devez envoyer la Formule d'appel dans les trente (30) jours suivant la réception de la décision de la révision interne. Cette formule est disponible au bureau Ontario au travail ou du :

Tribunal de l'aide sociale  
7<sup>e</sup> étage, 1075, rue Bay, Toronto ON M5S 2B1  
1-800-753-3895 ou [www.sbt.gov.on.ca](http://www.sbt.gov.on.ca)

(VOIR VERSO)

## **THE INTERNAL REVIEW PROCESS**

An internal review is an informal review of a decision that was made about the financial assistance that you receive(d). It is an opportunity for Ontario Works to make sure that the rules were correctly followed for your case.

To request an internal review, you should do the following:

- complete the English version of the “**Request for Internal Review**” form on the back of this document and send it to our office within thirty (30) days of receiving the decision letter
- make sure you explain why you disagree with the decision that was made
- keep a copy of your request for an internal review because you may need it later if you decide to appeal the decision to the Social Benefits Tribunal (SBT).

Once we receive your request for an internal review, your file will be reviewed by another Ontario Works staff member (usually a Case Presenting Officer or a Supervisor) who may call you directly for clarifications. You should send any additional information that you think would help in the review. We will give you the results in writing within thirty (30) days of receiving your written request.

If you would like to seek legal advice about this matter, you can contact the community legal aid clinic, the *Clinique juridique populaire de Prescott-Russell inc.* at 1-800-250-9220. Note: You can cancel your request for an internal review. However, if you cancel your request you will no longer be able to appeal the decision to the SBT.

**YOU MUST REQUEST AN INTERNAL REVIEW AND HAVE RECEIVED A DECISION BEFORE YOU CAN APPEAL TO THE SBT**

## **THE SOCIAL BENEFITS TRIBUNAL (SBT) APPEAL PROCESS**

If you disagree with the result of the internal review you can appeal the decision to the SBT which is an independent Tribunal that reviews Ontario Works decisions. To appeal the internal review decision, you must send an Appeal Form within thirty (30) days of receiving the decision. This form is available at the Ontario Works office or from the:

Social Benefits Tribunal  
7<sup>th</sup> Floor, 1075 Bay Street, Toronto ON M5S 2B1  
1-800-753-3895 or at [www.sbt.gov.on.ca](http://www.sbt.gov.on.ca)