

**Demande de retrait de la
demande de révision
interne**

Nom de famille	Prénom	Date de naissance	jour	mois	année
----------------	--------	-------------------	------	------	-------

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

Cité, Ville	Code postal
-------------	-------------

Téléphone

()

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

Quel est le numéro de charge de cas de votre chargé(e) de cas? _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> refuser ma demande de soutien du revenu | <input type="checkbox"/> annuler le soutien du revenu |
| <input type="checkbox"/> réduire le soutien du revenu | <input type="checkbox"/> refuser ma demande de prestations additionnelles ou de fournir un montant avec lequel je ne suis pas d'accord |
| <input type="checkbox"/> recouvrer un paiement excédentaire dans mon dossier | <input type="checkbox"/> autre, précisez _____ |
| <input type="checkbox"/> suspendre le soutien du revenu | _____ |

Une explication de la décision a été rendue dans une lettre datée du

jour	mois	année
------	------	-------

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
-----------	------