

**Instructions:**

- Please print clearly.
- Where to send the form:
  1. Look at the letter that told you about the decision you disagree with.
  2. Mail or fax it to the address that appears at the top of the letter.

Last Name	First Name
Date of Birth <i>(dd/mm/yyyy)</i>	Member I.D. <i>(9-digit)</i>

What type of decision do you want reviewed?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> My application for income support was denied<br><br><input type="checkbox"/> My income support has been stopped<br><br><input type="checkbox"/> My income support has been reduced<br><br><input type="checkbox"/> An overpayment has been set up on my case | <input type="checkbox"/> I was refused an additional benefit or I disagree with the amount provided<br><br><input type="checkbox"/> I disagree with a decision made by the Disability Adjudication Unit<br><br><input type="checkbox"/> Other, please explain _____<br>_____<br>_____ |
|---|---|

 What is the date on the letter telling you about the decision? *(dd/mm/yyyy)*

Why do you disagree with the decision? (optional) If you have information that you think will help with the review, please explain it here and attach any documents to this form (e.g., receipts, additional medical information, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

You must request an internal review within 30 days of receiving the decision letter. If more than 30 days have passed, **please explain why you needed more time.** If the reason your request was late was for reasons beyond your control, we may do an internal review even if the deadline has passed.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Signature	Date <i>(dd/mm/yyyy)</i>
-----------	--------------------------

**Notice with Respect to the Collection of Personal Information**  
*(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, for the purpose of administering the Ontario Disability Support Program. For more information, please contact your Client Service Representative at your local ODSP office. For local office contact information, please contact the ServiceOntario toll-free at 1 888 789-4199 (TTY: 1 800 387-5559) or visit the ministry's website at [www.mcscs.gov.on.ca](http://www.mcscs.gov.on.ca).

**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 ou au numéro qui est indiqué dans l'en-tête de la lettre.

Nom	Prénom
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	No d'inscription (9 chiffres)

Quel type de décision souhaitez-vous faire réviser?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ma demande de soutien du revenu a été refusée.            | <input type="checkbox"/> On m'a refusé une prestation additionnelle ou je ne suis pas d'accord avec le montant versé.                  |
| <input type="checkbox"/> Mon soutien du revenu a été interrompu.                   | <input type="checkbox"/> Je suis en désaccord avec la décision de l'Unité des décisions sur l'admissibilité des personnes handicapées. |
| <input type="checkbox"/> Mon soutien du revenu a été réduit.                       | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____  |
| <input type="checkbox"/> On a déterminé un paiement excédentaire dans mon dossier. | _____  |

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 une 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, 45 et 46 de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, aux fins de l'administration du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec votre préposée ou préposé aux services à la clientèle au bureau du POSPH de votre localité. Pour connaître les coordonnées du bureau local, veuillez communiquer avec ServiceOntario, en composant sans frais le 1 888 789-4199 (ATS : 1 800 387-5559), ou consulter le site Web du ministère, à [www.mcass.gov.on.ca](http://www.mcass.gov.on.ca)