



Programme ontarien des services en matière d'autisme (POSA)

FORMULAIRE D'APPEL

Vous pouvez faire appel des décisions suivantes :

- » *Votre demande d'adhésion à la liste des fournisseurs du POSA a été refusée;*
- » *Vous avez été exclu temporairement de la liste des fournisseurs du POSA;*
- » *Vous avez été retiré de la liste des fournisseurs du POSA.*

Pour faire appel, vous devez remplir et envoyer ce formulaire à appeals@oaproviderlist.ca dans les vingt (20) jours suivant la réception de l'avis de la décision de laquelle vous souhaitez appeler. Les demandes de prolongation seront examinées au cas par cas.

En faisant appel, vous prenez acte que la décision du comité d'appel est finale.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM ET SECOND PRÉNOM _____

COURRIEL _____

ADRESSE LIGNE 1 APP. / UNITÉ / CP / RR / VILLE

ADRESSE LIGNE 2 PROVINCE / PAYS / CODE POSTAL / CODE ZIP

NO DE TÉLÉPHONE _____

RAISON DE L'APPEL

Veillez expliquer pourquoi vous faites une demande de révision de la décision et ce que vous souhaitez obtenir par cet appel.

DOCUMENTATION CONNEXE

Le processus d'appel consiste en un examen de la documentation par le comité d'appel. Joignez au présent formulaire toute documentation connexe pouvant contribuer à votre appel. Toute la documentation connexe doit être en anglais.

Veillez dresser la liste de tous les documents joints au présent formulaire et indiquer si vous avez l'intention d'envoyer des documents additionnels à une date ultérieure (utilisez une autre feuille au besoin). Vous aurez 60 jours à compter de la date d'envoi de votre appel pour déposer tout document additionnel.